DIE GASTROSTOMIE

BEI

CARCINOMATOESER STRICTUR DES OESOPHAGUS.

EIN BEITRAG ZUR STATISTIK DIESER OPERATION.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DES GRADES

EINES

DOCTORS DER MEDICIN

VERFASST UND MIT BEWILLIGUNG

EINER HOCHVERORDNETEN MEDICINISCHEN FACULTAET DER KAISERLICHEN UNIVERSITAET ZU DORPAT

ZUR OEFFENTLICHEN VERTHEIDIGUNG BESTIMMT

VON

CARL JOHANSEN.

ORDENTLICHE OPPONENTEN:

DR. TH. v. OPENCHOWSKI. — PROF. DR. B. KOERBER. — PROF. DR. E. v. WAHL.



DORPAT 1888.

SCHNAKENBURG'S BUCHDRUCKEREI.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.
Referent Professor Dr. E. v. Wahl.
Dorpat, den 10. Mai 1888.
Nr. 165. Prodecan: **Dragendorff.**

Zur feierlichen

DOCTOR-PROMOTION

des Herrn

Carl Johansen,

welche

[M]ontag den 30. Mai 1888, Mittags 12 Uhr,

im grossen Hörsaale der Kaiserlichen Universität

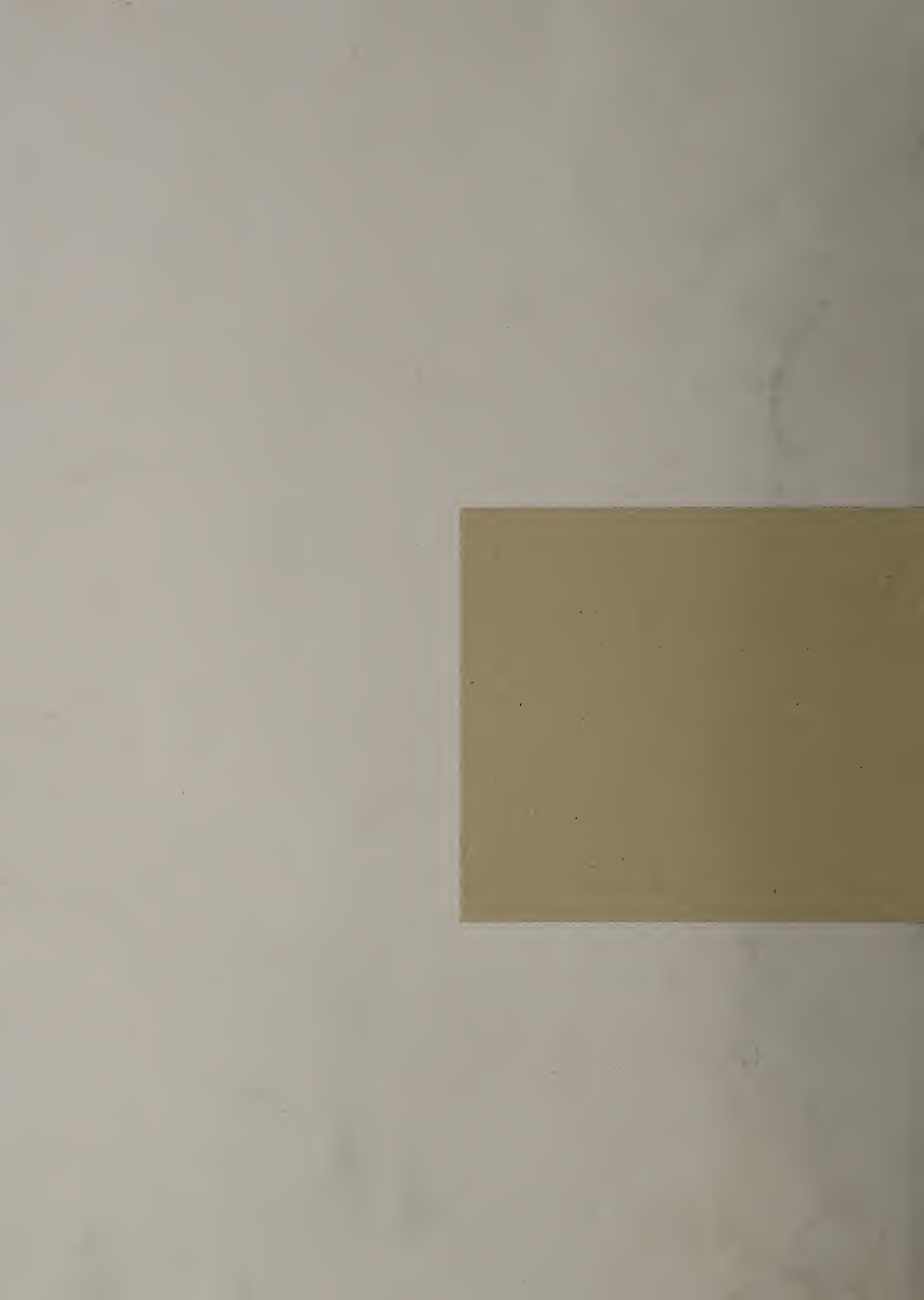
stattfinden wird,

laden ergebenst ein

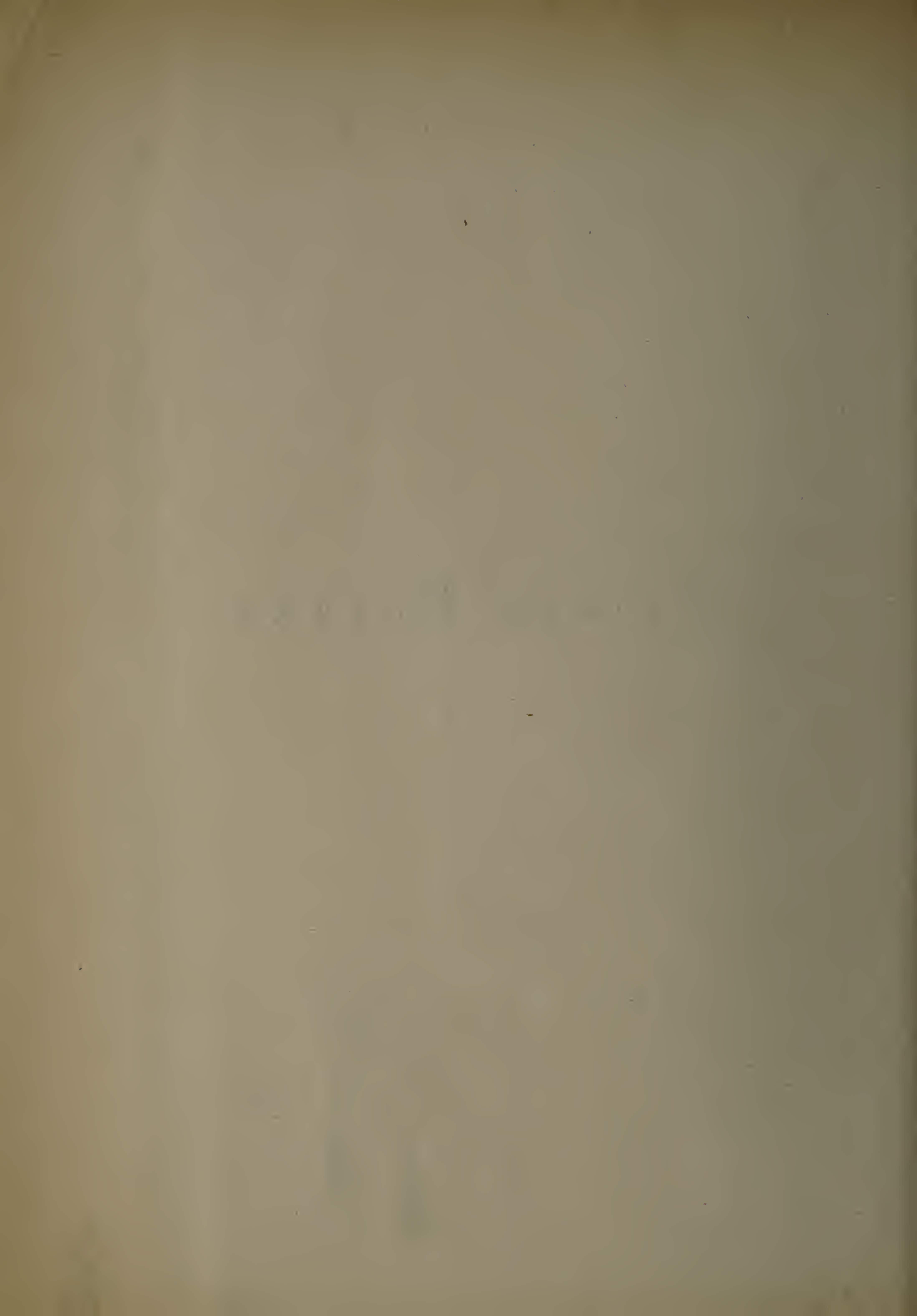
Dorpat,
[d]en 27. Mai 1888.

Decan u. Mitglieder
der medicinischen Facultät.

Druck von Schnakenburg

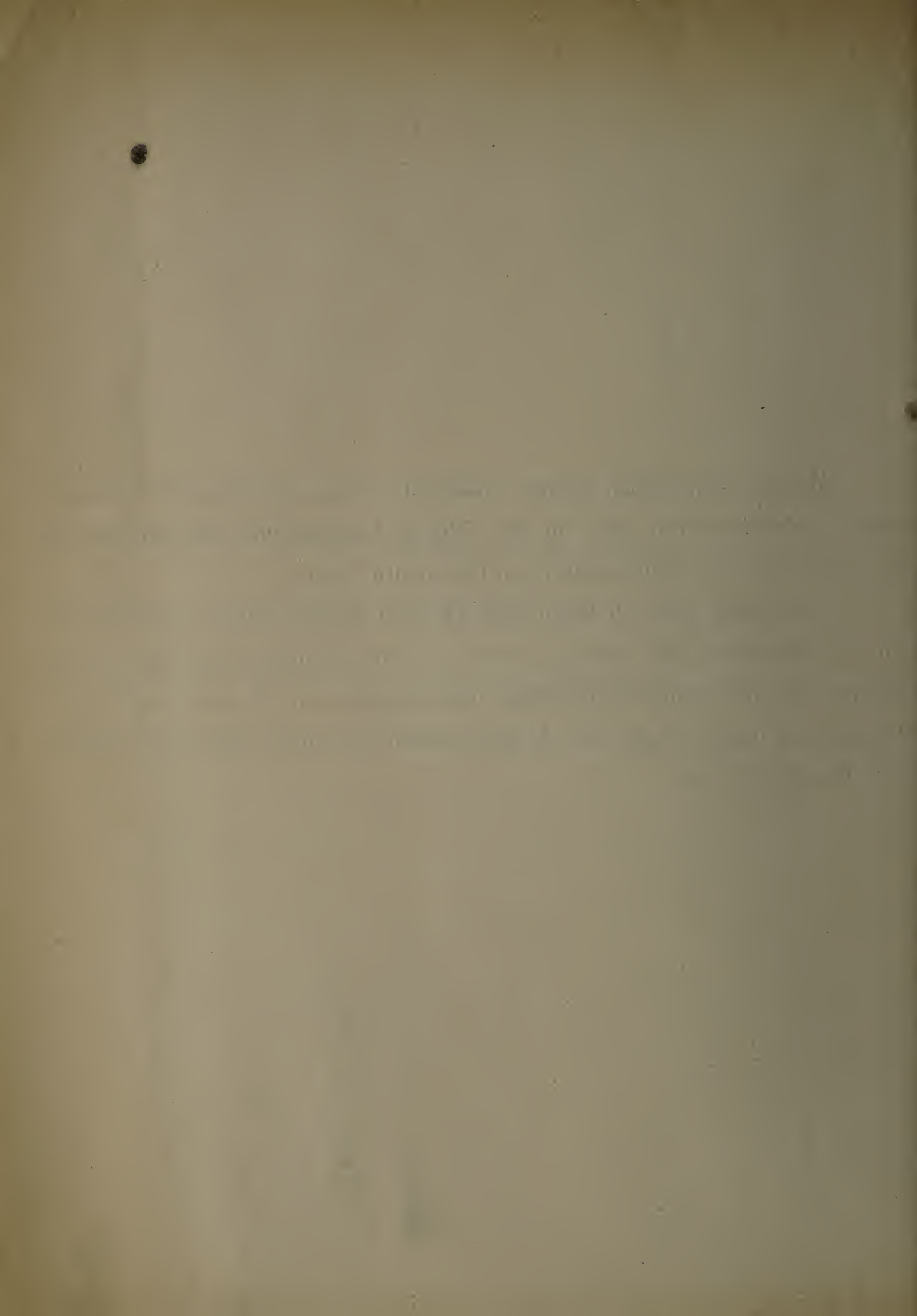


Meinen Eltern.



Meinen hochverehrten Lehrern, insbesondere Herrn Prof. Dr. Ed. v. Wahl, sage ich hiermit meinen Dank für die vielfache Anregung und Förderung, die sie mir während meiner Studien haben zu Teil werden lassen.

Nicht genug kann ich Herrn Prof. Dr. N. D. Monastyrski in St. Petersburg für die Liebenswürdigkeit danken, mit der er schon seit meiner Studienzeit meinem Interesse für die Chirurgie bereitwilligst entgegengekommen ist und dasselbe noch besonders in den 3 Jahren, die ich sein Assistent zu sein die Ehre habe, mit Rat und Tat gefördert hat.



Bei Bearbeitung der Frage über Gastrostomie haben mich verschiedene Gesichtspunkte geleitet, vorzüglich hatte ich aber im Auge eine vollständige Beschreibung aller bisher geübten Operationsmethoden und Nachbehandlungen zu geben, sowie das gewonnene Material kritisch zu verarbeiten und dann als casuistischen Beitrag die letzten bisher nicht veröffentlichten Fälle zusammenzustellen. So hoffte ich durch Zusammenstellen einer grösseren Anzahl gleichartiger Fälle und der aus ihnen folgenden Schlüsse, vielleicht der Arbeit einen statistischen Wert verleihen zu können. Wie weit mir dieses gelungen, muss ich der Entscheidung des Lesers überlassen. Es ist Vieles — dessen bin ich mir bewusst — in der Arbeit lückenhaft, vornehmlich ist die englische und americanische Literatur stiefmütterlich behandelt und habe ich mich bei ihr grösstenteils auf Referate beschränken müssen, da speciell die americanische Literatur in Originalarbeiten mir beizubringen nicht möglich war.

Ein Hauptinteresse für mich bildete im Beginn der Arbeit die Art der Fütterung und die dabei verwandten Apparate, diese sind jedoch nur von Einigen genauer beschrieben worden, die Mehrzahl beschränkt sich darauf einfach anzugeben: Patient wurde durch einen Apparat gefüttert, wie jedoch derselbe construirt war, wird näher nicht ausgeführt. Aus den Sitzungsprotocollen der einzelnen ärztlichen Vereine kann man in der Regel die Vorträge einigermassen genau erhalten, von den demonstrirten Apparaten dagegen heisst es: „Es wurde der Apparat demonstrirt“ und fehlt weiter jegliche Angabe. Das Gleiche kann ich auch von den Präparaten sagen. Wird ein interessanter Fall berichtet, dann folgt zum Schluss das Sectionsprotocoll in groben Zügen und das Präparat, das im gegebenen Falle das meiste Interesse besitzt, wird mit „Demonstration des Präparates“ abgethan. Dies ist ein Uebelstand, der allen Protocollen anhaftet; nur wenn ein Vortrag separat gedruckt wird, nimmt sich der Verfasser die Mühe den Apparat resp. das Präparat genauer zu beschreiben, geschieht dieses nicht, so bleibt das Besagte für den Auswärtigen ein Buch mit sieben Siegeln. Ich hatte Anfangs die Absicht, mir brieflich nähere Auskünfte über etwa fehlende Angaben vor den Collegen zu erbitten, aber ich schrak vor der Masse zurück, versprach mir auch nicht viel davon, da ich das Ueberhäuftsein der Collegen mit Arbeit kenne, ihre

Unlust zum Schreiben auch. Ich habe ja in Petit, Morosow, Vitringa so eifrige Vorarbeiter gefunden, dass meine Arbeit im Vergleich der eines Petit doch nur einen kleinen Beitrag abgeben kann, doch sind derartige Casuistiken eine Notwendigkeit unserer Zeit, in der soviel gelesen werden muss, um au fait der Verhältnisse zu bleiben. Zudem wird dem nach Casuistik-Suchenden die Arbeit durch die vielen Zeitschriften so sehr erschwert, dass eine Zusammenstellung, wie ich sie beabsichtigte, Jedem, der vielleicht Etwas über Gastrostomie zu wissen wünscht und sich dabei nicht auf das Wort der Referate verlassen kann oder will, und den Originalbericht*) stets zur Seite hat, nur erwünscht sein. Dieses war meine Idee bei vorliegender Arbeit. Dass der Rahmen nicht so vollständig ausgefüllt worden, wie ich es mir dachte, liegt vielfach darin, dass ich, wie die meisten Anfänger, mit so vielen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte, ehe ich einigermassen das mir gesetzte Thema übersah, dass darin vielleicht eine Entschuldigung für viel Lückenhaftes zu suchen wäre. Indem tröste ich mich mit den Worten Verneuil's, die L. H. Petit in seiner Widmung wiederholt: „Que celui-ci traduise, que celui-là compile, que le troisième soit copiste ou „critique ou commentateur, peut importe; apportez votre vendange et versez-là dans la vaste „pressoir — rien ne sera perdu.“

---

*) Leider bin ich — während des Druckes dieser Arbeit — durch äussere, von mir unabhängige Umstände gezwungen worden die detaillirten Krankengeschichten der aus der Literatur gesammelten Fälle wegzulassen und behalte mir ihre Veröffentlichung für spätere Zeit vor.

„Anceps remedium melius nullo“ setzte Christ. Egeberg[1]) an die Spitze seines Vortrages, den er im Mai 1837 in einer Sitzung der medicinischen Gesellschaft zu Christiania hielt. Er referirte über einen Fall von Oesophaguscarcinom, besprach die bis dahin üblichen Behandlungsarten und ging auf die Frage ein von der Zulässigkeit einer Magenfistelanlage, sei es zum Zweck der Nahrungszufuhr, sei es um das Hinderniss von unten, von der Cardia aus, anzugreifen. Er bespricht das etwa einzuschlagende Operationsverfahren und kommt zu dem Schlusse, dass, wenn möglich zweizeitig zu operiren sei und der Bauchschnitt in der Regio epigastrica etwas links von der Mittellinie durch Längs- oder Kreuzschnitt zu führen sei. Der Vortrag erschien erst 1841 im Druck. Im folgenden Jahre 1842 veröffentlichte Prof. Bassow[2]) seine an 8 Hunden gemachten Beobachtungen bei Anlegung einer Magenfistel. Angeregt durch die Versuche Beaumonts an dem berühmten „Kanadischen Jäger“ kam Bassow zu dem Schlusse: „Könnte man diesen Zufall nicht dem Willen des Forschers unterstellen und Tieren künstliche Magenfisteln anlegen?“ Seine Tierexperimente glückten und wurden von der Physiologenwelt mit Begeisterung aufgenommen. Schon bei der ersten Veröffentlichung seiner Experimente spricht er von der Möglichkeit, diese Magenfisteln auch therapeutisch zu verwerthen: „Speciell in Zuständen, wo der natür-„liche Weg zur Aufnahme von Speise und Trank verlegt oder verschlossen ist durch Gewächse, „Geschwülste etc.; vielleicht auch würde die künstliche Oeffnung angewandt werden können „bei Behandlung von Polypen, die im unteren Teile des Oesophagus, im Magen empor-„wuchern und bei anderen Krankheiten, die bisher wegen der Unmöglichkeit des directen „Angreifens des Magens für unheilbar gehalten wurden.“

Bassow giebt seine Operationsmethode genau an, die im Allgemeinen mit der jetzt noch bei der Gastrostomie üblichen übereinstimmt. Leider blieben diese Experimente Bassow's nur der Physiologenwelt bekannt. Ein Franzose, Blondlot[3]), hatte fast gleichzeitig die Idee der Fistelanlage, dabei aber nur den physiologischen Zweck im Auge. Seine Arbeit erschien 1843 als „Traité analytique de la digestion.“ Im Jahre darauf (1844) gab ein Americaner Watson[4]) eine Arbeit über Stricturen des Oesophagus heraus, in der auch der Anlage von Magenfisteln das Wort geredet wird. Es soll noch 1843 ein französischer Arzt, Pétel[5]), sich an die medicinische Gesellschaft zu Douay mit der Frage gewandt haben, ob wol die Gastrostomie geeignet wäre, einem Carcinomatösen das Leben zu verlängern; die Gesellschaft war durchaus dagegen. Selbst Dieffenbach hat noch 1846 die Gastrostomie mit den Worten: „in dergleichen Operationen ist kein Heil zu suchen“ verworfen. In demselben Jahre schickte Ch. Sédillot der Académie française eine Arbeit „Sur la Gastrotomie fistuleuse“ ein, der im folgenden Jahre noch zwei andere, dasselbe Thema behandelnde aus seiner Feder folgten. In ihnen giebt er sowohl Indication wie Operationsverfahren genau an. Sédillot[6])

---

1) L. H. Petit. Traité de la Gastrostomie. 1879, pag. 115.

2) Bassow: Bulletins de la Societé impériale des Naturalistes de Moscou. Tome XVI. 1843, Nr. 1, pag. 315 und ff.

3) Blondlot. Traité analytique de la digestion. 1843, pag. 201.

4) Watson. American Journal of the Medical Sciences 1844. 2. Serie, T. VIII, p. 309.

5) Petit l. c., p. 14.

6) Ch. Sédillot. Traité de médicine opérative, bandages et appareils 1853—55.

scheinen die Experimente Bassow's unbekannt geblieben zu sein; er zeigt der Académie française an 20 Fällen, wo Magenwunden geheilt wurden, dass der Eingriff möglich, ja einen Fall von Lesserré, wo der Magen aus der Wunde prolabirte, mehrere Wochen ausserhalb der Bauchhöhle zubrachte und doch nach 2 Monaten spontane Reposition und Heilung eintrat, trotzdem dass ein grosser Teil der Nahrung beständig aus der Magenwunde floss. 1849 führte Sédillot die erste Magenfistelanlage am Lebenden aus; er gab auch dieser Operation den Namen Gastrostomie [1]) (γαστήρ-Magen, στόμα-Mund) zum Unterschiede von der Gastrotomie zur Extraction von Fremdkörpern aus dem Magen oder auch zum Unterschiede von dem jetzt allgemein Laparotomie genannten, damals jedoch und noch vor wenig Jahren als Gastrotomie bekannten Verfahren. Dieser ersten Gastrostomie folgten im Laufe von 4 Jahren noch zwei andere von Sédillot.

Unabhängig von demselben, wie es scheint auch von Bassow, führte der Däne Fenger [2]) im Jahre 1853 eine Gastrostomie aus; er hatte sich sein Verfahren an Leichen ausgearbeitet und stimmt dieses in den Hauptzügen ganz mit den Vorschlägen Bassow's und Sédillot's überein. Diesen Beiden, Sédillot und Fenger gebührt die Ehre die Gastrostomie zum Gemeingut der Chirurgie gemacht zu haben, wenngleich der geistige Erfinder Egeberg, der Erste, der sie experimentell ausgeführt und ihre Tragweite erkannt, Bassow gewesen ist.

Nun folgen sich die Gastrostomien in jährlich steigender Frequenz und beschrieb Kaiser [3]) im Jahre 1878 bereits 31, Kurbatow [4]) im Jahre 1879 schon 34, Petit in demselben Jahre 41, Alsberg [5]) 1883 107, Fiedler [6]) auch 1883 126, Vitringa [7]) 1884 155, Zesas [8]) 1885 162 Fälle. Morosow [9]) und ich, die wir ausschliesslich carcinöse Stricturen berücksichtigen, haben schon bedeutend grössere Zahlen; Morosow 1887 181 und ich 219 Fälle.

In der Geschichte der Gastrostomie ist, wie überall in der Chirurgie, durch die Einführung des Lister'schen Verfahrens ein Wendepunkt eingetreten. Die Operation, die ihrer üblen Ausgänge wegen, fast perhorrescirt war, begann Erfolge aufzuweisen, die sich von Jahr zu Jahr mehrten, so dass wir heut zu Tage die Gastrostomie kaum für einen schwereren Eingriff halten, als eine Herniotomie oder die Anlage eines Anus praeternaturalis. Nussbaum [10]) sagt in einem Vortrage, den er im December 1879 im ärztlichen Bezirksvereine zu München hielt: „die Gastrotomie, zum Behufe einer künstlichen Magenfistelbildung, giebt „auch so wieder einen recht unleugbaren Beweis, welchen Segen die antiseptische Methode „brachte. Vor derselben starben 28 Fälle nach einander; mit Beachtung derselben werden „nun die glücklichsten Resultate erzeugt. Da muss man wohl blind sein, wenn man die „Ursache der glücklichen Veränderung nicht herausfindet."

---

1) Wimpffen. De la gastrostomie et de ses indications. Thèse de Strassbourg. 1850.
2) Fenger. Virchow's Archiv 1854, p. 350.
3) Czerny: Beiträge zur operativen Chirurgie. Kaiser-Operat. am Magen. Stuttgart 1878.
4) Курбатовъ „Объ искуственномъ пути въ желудокъ. Диссерт. Москва 1879.
5) Alsberg. Langenbecks Archiv XXVIII. 1883, p. 727.
6) Фидлеръ. Къ ученію объ операц. на желудкѣ. Диссерт. СПБ. 1883.
7) Vitringa. Over Gastrostomien. Diss. Gröningen. 1884.
8) Zesas. Langenbeck's Archiv XXXII. Heft 1.
9) Морозовъ. Анатомія пищевода. Дисс. СПБ. 1887.
10) Nussbaum. Ueber Enterotomie, Gastrotomie und Leberdrainage. München. 1880.

Die erste Zusammenstellung, in der ich eine Aufzeichnung über die Häufigkeit des Oesophaguscarcinoms im Verhältniss zu anderen Krebsformen gefunden, giebt Tanchou[1]) in seiner nach den Civilstandregistern des Seinedepartements von 1830—40 zusammengestellten Statistik. Nach dieser kamen auf 9118 Carcinomatöse nur 13 Oesophaguscarcinome, während das Magencarcinom in 2303 Fällen vertreten war. An die Zuverlässigkeit dieser Ziffern lassen sich wohl berechtigte Zweifel erheben, zumal da die Zahlen späterer Autoren eine grössere Häufigkeit des Oesophaguscarcinoms constatiren. So finden wir bei Marc d'Espine[2]) von 471 Carcinomfällen, die er im Laufe von 7 Jahren 1838—45 gesammelt, 8 Fälle von Oesophaguskrebs verzeichnet.

Zenker[3]) führt von 5079 Sect., deren Berichte er gesammelt, nur 19 Fälle von Oesophaguskrebs an. Lebert[4]) hat von 409 Sect. 9 Fälle.

Albrecht[5]) hat als Prosector des Obuchow Hospitals in Petersburg im Laufe von 5 Jahren (1873—77) 140 Sect. ausgeführt, auf diese kamen 27 Oesophaguskrebse.

Krusenstern[6]) hat eben daselbst 294 Sect. von 1878—83 zusammengestellt, sie ergaben 44 Oesophaguscarcinome.

In dem Berichte über die hundertjährige Thätigkeit des Obuchow'schen Hospitals[7]) sind leider nur die Fälle im Verlaufe von 7 Jahren 1877—83 genauer notirt. Darnach würde sich das Verhältniss etwa folgendermaassen stellen, dass auf 1932 Kranke resp. 347 Tote eine carcinöse Oesophagusstrictur kommt, oder im Ganzen auf 108,206 Kranke resp. 19,432 Tote 330 Carcinöse darunter 56 Oesophaguscarcinome. Hierbei ist zu bemerken worauf auch schon Krusenstern in seiner Schrift aufmerksam macht — dass das Obuchow'sche Hospital in diesen letzten 7 Jahren fast ununterbrochen mit Typhuskranken gefüllt war (exclusive 1882 und 83) und dass diese auf Kosten der chronischen Kranken aufgenommen wurden, mithin die Aufnahme von Carcinösen nur in äussersten Fällen stattfand.

In dem Berichte über die 10jährige Thätigkeit des pathologischen Kabinets des Odessaer Stadthospitals[8]) (von 1877—87) giebt Stroganow bei einer Gesammtzahl von 10320 Toten und 4825 ausgeführten Sectionen 44 Carcinome des Oesophagus. Diese letzte Ziffer habe ich nicht nur dem Berichte entnommen, da in letzterem detaillirte Nachrichten nur über 1884, 85 und 86 vorhanden, sondern sie mir aus diesem und aus den Zahlen zusammengestellt, die

---

1) Köhler „Krebs- und Scheinkrebskrankheiten 1853 Stuttgart. p. 140.

2) Köhler l. c. p. 141.

3) Ziemssen „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie." 4.

4) Köhler l. c.

5 u. 6) N. Krusenstern „Untersuchungen über den Oesophaguskrebs. Diss. Petersburg 1885. p. 2. (russ.)

7) Историческій Очеркъ Обуховской больницы за сто лѣтъ состав. Ф. Германъ СПБ. 1884.

8) Труды врачей Одесской городской больницы Выпускъ V Одесса 1887.

Woino[1]) bei seinem Vortrage im ärztlichen Vereine zu Odessa im Anschluss an das Referat über die von ihm ausgeführte Gastrostomie, angiebt. Er sagt, von 1877—84 seien auf 3461 Sectionen 25 Oesophaguscarcinome gekommen (dazu die 19 Fälle der Jahre 85 u. 86).

Die Berichte chirurgischer Kliniken können bei derartigen Statistiken gar nicht verwerthet werden, da das Material in ihnen stets sehr gesichtet wird, so dass ein Procentverhältniss aufzustellen gar nicht möglich. Ein glänzendes Beispiel in dieser Richtung finden wir in dem Berichte der Kiewer chirurgischen Fakultätsklinik[2]) für den Zeitraum von 1844—82; und finden wir auf 3381 Kranke mit 795 Carcinösen nur 4 Oesophaguscarcinome. Aehnlich würden die Daten, die Morosow[3]) aus der chirurgischen Klinik (Villier) der St. Petersburger militair-medicinischen Akademie für die letzten 6 Jahre (1880—86) bringt, zu ganz falschen Schlüssen führen. Es sind im Ganzen 1127 Kranke behandelt worden; von diesen 141 Carcinöse und von denen entfallen 32 auf Oesophaguscarcinome. Die Anzahl aller Obductionen belief sich in diesem Zeitraume auf 63, von denen 26 auf verschiedene Carcinome, 11 von ihnen auf Oesophaguscarcinome, kamen. Morosow rechnet 42,3% auf Oesophaguscarcinom heraus, eine Zahl, der er selbst keinen Werth zuschreiben will.

Aus all den oben angeführten Zahlen ein % Verhältniss zu ziehen, wäre, meiner Ansicht nach, ein voreiliges Beginnen, denn die Zahlen sind unter so verschiedenen Umständen und Gesichtspunkten gesammelt, dass die Aufstellung einer Procentzahl ein Unding wäre. Den einzigen Schluss, den wir ziehen können ist der allgemeine, dass das Oesophaguscarcinom zu den verhältnissmässig seltenen Krebsformen gehört.

Etwas genauer können wir das Verhältniss im Befallensein der verschiedenen Geschlechter betrachten. Das Carcinom wird allgemein als eine überwiegende Erkrankung des weiblichen Geschlechts angesehen, so finden wir auch in der Tanchou'schen Zustammenstellung 6967 Weiber und nur 2151 Männer.

Wilkinson[4]) zählt nach den Berichten des Guy Hospitals auf 451 Weiberleichen 85 Carcinome, mithin $1/_5$; auf 548 Männerleichen nur 41 Carcinome, mithin $1/_{11}$. Nach Walshe's Statistik[5]) der Todesfälle in England und Wales, für den Zeitraum von $5^1/_2$ Jahren, ist die absolute Todeszahl für Krebskranke 3495 Männer und 10144 Weiber. Dabei betrugen die Todesfälle der 3 letzten Jahrgänge für Männer je 103, 84, 87; für Weiber je 245, 240 und 259; also die Sterblichkeit bei Weibern $2^3/_4$ Mal grösser als bei Männern. Bei Marc d'Espine finden sich die Weiber um $1/_3$ häufiger befallen.

Ein grosser Teil dieses Ueberwiegens der Weiber ist selbstverständlich auf Carcinomeder Genitalien in erster, der Mamma in zweiter Linie zurückzuführen. Auffällig bleibt immer das seltene Auftreten des Oesophaguscarcinoms bei Weibern. Bei Marc d'Espine und Tanchou fehlen die Angaben des Geschlechts; in der Zusammenstellung von Zenker und Ziemssen[6]) kommen von 33 Oesophaguscarcinomen 28 auf Männer, nur 5 auf Weiber: Morell Mackenzie[7]), der 100 Fälle publicirt, hat 71 Männer und 29 Weiber. Lebert[8]) in 9 Fällen 8 Männer

---

1) Войно. Протоколы засѣданiи Общества Одсск. врачей 1885—86 Nr. 4 и Nr. 13.
2) Куцевичъ Артемовскiй Хирург. Факултетск. Клиника Имп. Унив. Св Владiмира.. Кiевъ. 1885.
3) Морозовъ „Анатомiя пищевода. Diss. Petersbg. 1887 p. 61 u. 62.
4) Wilkinson bei Köhler l. c.
5) Walshe bei Köhler l. c.
6) Ziemssen. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
7) Morell Mackenzie. Die Krankheiten des Halses und der Nase 1884. Band II.
8) Lebert. Traité des maladies cancéreuses. 1851.

und 1 Frau. Petri[1]) der 44 Fälle von Speiseröhrenkrebs aus dem pathologischen Institute zu Berlin in der Zeit von 1859—68 zusammenstellt, fand 41 Männer und nur 3 Weiber. Krusenstern[2]) hat in 60 Fällen 34 Männer und 28 Frauen, (hierzu gehören auch die 19 Fälle Albrechts). Béhier[3]) unter 49 Fällen 37 Männer und 12 Frauen. Marchand[4]) unter 30, 26 Männer und 4 Frauen. Habershon[5]) unter 21 Fällen 15 Männer und 6 Weiber. Morosow[6]) in 89 Fällen 21 Frauen. Aus dieser ganzen Reihe geht zur Evidenz hervor, dass das Oesophaguscarcinom mindestens 3 Mal häufiger bei Männern vorkommt, als bei Weibern. Nur Krusenstern's Zahlen geben ein etwas geringeres Prävaliren der Männer. Nehme ich jetzt noch die von mir gesammelten Gastrostomien, so entfallen auf 150 Männer 44 Frauen (in 25 Fällen ist das Geschlecht nicht angegeben), also auch hier 3 Mal so viel Männer als Frauen. Die Ursache dieses häufigeren Befallenseins der Männer wurde in früherer Zeit auf den Alkoholismus und den Tabaksmissbrauch zurückgeführt; darüber statistische Daten zu geben, scheint mir eine theoretische Spielerei, da der Begriff des Trinkens zumal bei uns zu Lande so ungeheuer verschieden aufgefasst wird, und man genauere Daten darüber doch nie erhalten wird.

Vertheilung der Oesophaguscarcinome nach dem Lebensalter.

Alter.	Morell Mackenzie.	Steiger.	Zenker.	Ziemssen.	Lebert.	Béhier.	Lacour.	Marchand.	Petri.		Krusenstern.		Morosow.		Meine Statistik.	
									M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Von 15—20 Jahren	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ 20—30 „	—	—	—	—	—	3(?)	2(?)	—	4	—	2	—	—	—	1	2
„ 31—35 „	8	1	1	2	—	4	7	—	1	—	—	2	1	1	3	7
„ 36—40 „					—			—					10	4	13	6
„ 41—45 „	28	2	5	4	—	1	18	6	3	1	8	1	8	2	17	6
„ 46—50 „					—	10		1	3	—	12	7	16	6	24	5
„ 51—55 „	34	1	4	7	3	11	32	4	9	1	3	2	10	3	28	7
„ 56—60 „					2				8	—	4	6	17	1	38	8
„ 61—65 „	24	—	3	5	3	10	32	7	5	1	4	6	5	3	13	2
„ 66—70 „		—			—			6					1	1	10	1
„ 71—80 „	6	3	1	—	1	3		—	3	—	1	1	—	—	2	—
über 81 „	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Summa =					8 1	37 12							68	21	150	44

1) Petri. Justus. Ueber 44 im pathol. Institut zu Berlin in der Zeit v. 1859 bis zum März 1868 vorgekommene Fälle von Krebs der Speiseröhre. Diss. Berlin 1868.

2) Крузенштернъ. Изслѣдованія о ракѣ пищевода СПБ. 1885.

3) Bei Marchand „Contribution à l'étude des néoplaises de l'oesophage etc. Thése de Paris 1880, p. 10.

4) Marchand l. c. pag. 9, 10.

5) Bei Morell Mackenzie l. c.

6) Morosow. Анатомія пищевода etc. СПБ. 1887, pag. 62.

Die Verteilung der Oesophaguscarcinome nach den verschiedenen Lebensaltern, wie sie in der Tafel angeführt, zeigt ein deutliches Steigen mit zunehmendem Alter bis in die 60ger Jahre. Dieses Steigen ist fast aus allen Zusammenstellungen zu ersehen, in meiner Rubrik so wie in der Morosow's findet sich das Maximum im Alter von 56—60 Jahren, bei Marchand, Mackenzie, Lacour und Béhier ebenso wie Krusenstern findet sich ein mit dem unseren übereinstimmendes Verhältniss. Freilich sind bei Einzelnen von ihnen die Jahre von 50—60 zusammen genommen, eine Zahl, die dadurch nur um so deutlicher spricht. Unter 30 Jahren gehört das Carcinom zu den Seltenheiten und macht der von Esmarch[1]) operirte, 19jährige Landmann eine Ausnahme von der allgemeinen Regel. Dieses häufigste Befallensein im Alter von 50—60 Jahren stimmt auch mit dem Lebensalter überein, welches der Krebs im Allgemeinen bevorzugt. Folgende bei Köhler[2]) zusammengestellte Tabelle aus den Beobachtungen Walshe's, Marc d'Espine's und Tanchou's illustriren dieses in grossen Zahlen ziemlich deutlich.

Lebensalter:	Walshe	Marc d'Espine	Tanchou	Summa.
Von — 10 Jahren	59	—	23	82 Fälle
„ 10— 20 „	62	1	26	89 „
„ 20— 30 „	199	8	231	438 „
„ 30— 40 „	491	28	1012	1531 „
„ 40— 50 „	669	60	1975	2704 „
„ 50— 60 „	730	91	2108	2929 „
„ 60— 70 „	505	113	2067	2685 „
„ 70— 80 „	253	68	1315	1636 „
„ 80— 90 „	63	23	335	421 „
„ 90—100 „	5	2	26	33 „
Summa =	3036	394	9118	12548 Fälle.

Marc d'Espine hat die grösste Häufigkeit von 60—70 Jahren, doch fällt sein Maximum, glaube ich, neben den Beobachtungsreihen Walshe's und Tanchous, die über 10 — ja fast 30 Mal grössere Zahlen verfügen, wohl nicht ins Gewicht.

1) Siehe Fall 159 meiner Tabelle.

2) Köhler. Die Krebs- und Scheinkrebskrankheiten. Stuttgart 1853, pag. 140.

Die Localisation des Krebses in der Speiseröhre ergiebt sich aus nachstehender Tabelle:

	Oberes.	Mittleres.	Unteres.	Oberes und mittleres.	Mittleres und Unteres.	Oberes und Unteres.	Alle 3 Drittel.	Summa.
Habershon	33	30	10	—	—	—	—	73
Mackenzie	44	28	22	—	untere Hälfte 6	—	—	100
Petri	2	13	8	1	8	—	1	43
Zenker	2	1	6	2	3	—	1	15
Krusenstern	3	30	14	2	11	—	—	60
Morosow's Fälle	10	18	61	—	—	—	—	89
Morosow's Präparate	3	2	4	—	2	—	—	11
Meine zusammengestellten Fälle	29	47	82	2	3	2	1	166

Von meinen 219 Fällen war in 52 Malen der Sitz des Carcinoms weder angegeben noch fand er sich im Sectionsberichte.

Nur Habershon und Mackenzie haben in ihren Fällen das oberste Drittel als das am Meisten befallene bezeichnet; schon König[1]) sagt in seinem Lehrbuche der Chirurgie: „das „Carcinom scheint am häufigsten im unteren Drittel des Rohres und zwar hier an der Kreuzung „mit der Trachea und am Hiatus oesophag. vorzukommen. Auf diese Gegend kommt etwa die „Hälfte aller Fälle. Etwa $^1/_3$ sitzt im mittleren Drittel, der Rest im oberen.“

Mit diesem Ausspruche Königs stimmen unsere Zahlen fast völlig überein; besonders deutlich ist dieses Verhältniss des Prävalierens des unteren Abschnittes in Morosow's Fällen und in meiner Zusammenstellung; recht genau, wenn ich zu den Fällen im unteren Drittel die hinzufüge, bei denen das mittlere mit afficirt ist.

Nur Krusenstern[2]) sagt, dass die beliebteste Stelle für die Krebsentwickelung ihm das mittlere Drittel zu sein scheine.

Ich muss hier anführen, dass ich mich bei der Berechnung der Oesophagusdrittel an die von Morosow[3]) gegebenen Zahlen halte; er rechnet im Mittel die Entfernung der Schneidezähne vom Oesophaguseingang mit 14,8 Ctm. Die Länge des Oesophagus auf 24—25 Ctm. von denen auf den Halsteil 4—4$^1/_2$ Ctm. auf den Brustteil 16—19, auf den Bauchteil 2 Ctm. kommen. Die Entfernung des Oesophaguseinganges von der unteren Grenze der Bifurcation der Trachea beträgt 10,4 Ctm., vom Aortenbogen 7,8 Ctm.

Wie alle Krebsformen entwickelt sich auch der Oesophaguskrebs für den Kranken unmerklich, schleichend und kommt er daher in mehr weniger vorgeschrittenem Stadium in Behandlung. Die meisten Kranken geben an, die Schluckbehinderung sei allmälig eingetreten, nur wenige wollen plötzlich davon befallen sein. Einzelne freilich bezeichnen den Tag, an dem ein Bissen stecken geblieben, sie sich verschluckt hätten, von welcher Zeit an die Schluckbehinderung eine constante geblieben sei. Grössere, schlecht gekaute Bissen bleiben in der Speiseröhre stecken und werden anfangs durch forcirte Schlingbewegungen noch hinunter gebracht,

1) König. Lehrb. der Chirurgie. — 2) Крузенштернъ l. c. p. 37. — 3) Morosow l. c.

in anderen Fällen durch heftige Hustenstösse aus Mund und Nase entleert. Nach längerem oder kürzerem Bestehen dieses Zustandes werden Pat. feste Massen zu schlucken unmöglich, er greift zu breiiger, halbflüssiger Nahrung, die in der Regel den Ansprüchen an eine rationelle Ernährungsweise nicht mehr genügt. Zum Unglück für den Kranken ist die Schluckbehinderung keine beständige, es wechseln vielmehr Zeiten erschwerten Schluckens mit relativ freien Intervallen ab, — ein Wechsel, der nur noch mehr dazu beiträgt, Pat. eine rationelle Behandlung hinausschieben zu lassen. Die Kräfte schwinden, Abmagerung nimmt zu, Pat. kann bald Beschäftigungen, denen er früher mit Leichtigkeit nachging, nicht mehr obliegen; es beginnen die Qualen des Hungers und fällt jetzt auch der Umgebung der veränderte Zustand des Kranken auf. Zu diesem Kräfteverfall tritt bald das Regurgitiren, ein Vorgang, der in einigen Fällen unmittelbar nach dem Genusse der Speise, in anderen bald nachher, ja selbst Stunden später eintritt. Dieses Regurgitiren, bei dem die geschluckte Speise unverändert und ohne sonderliche Anstrengung vom Kranken wieder ausgeworfen wird, ist wohl zu unterscheiden von wirklichem Erbrechen, das bei diesem Zustande ein äussert seltener Vorgang ist; zuweilen soll, wie König[1]) anführt auch Rumination eintreten; — ich habe derartige Fälle selbst nicht gesehen und finde sie auch in den ausführlichen Krankengeschichten meiner 219 Fälle nirgend angeführt. Das nach einiger Zeit nach dem Genusse der Speise erst eintretende Regurgitiren hat für die Lage der Strictur in gewissen Grenzen diagnostischen Werth, — dass jedoch daraus in jedem Falle auf eine tiefsitzende Strictur zu schliessen sei, ist durchaus ungerechtfertigt, zumal die Empfindlichkeit des Oesoph. individuell durchaus verschieden ist und selbst bei tief sitzender Strictur der Nahrungsaufnahme unmittelbar folgendes Regurgitiren stattfinden kann. Andrerseits findet sich bisweilen selbst bei hoch sitzender Strictur ein Divertikel, aus dem dann Regurgitiren nach verschieden langer Zeit erfolgen kann.

Gleichzeitig mit dem Regurgitiren tritt Speichelfluss auf, der zuweilen dem Kranken ungemein lästig ist und in seiner massigen Secretion nur noch mit dem Speichelfluss einzelner Gravider verglichen werden kann. Pat. muss immerfort Speichel auswerfen, ein Verlust der dem Körper kaum irrelevant sein kann.

Vor Beginn der Krankheit klagen die Kranken selten über Schmerz. Es ist mehr ein lästiges Druckgefühl, auf das sie den Arzt aufmerksam machen und das teils in der Brust, teils im Rücken und Halse fühlbar ist, von wo es bisweilen in die Schulter und einen Arm ausstrahlt. Diese Empfindungen sind nicht constant, treten auch nicht speciell beim Schlingen selbst auf.

Viel genauer geben die Kranken den Sitz des Hindernisses an und kann man sich beim Sondiren ziemlich gut auf ihre Angabe verlassen; wurde doch selbst Hamburger[2]) auf seine Auscultation des Oesophagus gebracht durch das wiederholte Drängen seines Pat. die Stelle zu behorchen, wo der Bissen stecken bleibe und erst allmälig hindurchgleite und die derselbe genau bezeichnete.

Die Kranken erlernen, so zu sagen, ihre Strictur überwinden, teils durch forcirte Schluckbewegungen, teils durch besondere Stellungen, die sie ihrem Halse, mithin auch ihrem Oesophagus geben. So beschreibt Emminghaus[3]) einen Kranken (sein Fall IV), der eine halb sitzende Lage auf linker Seite einnahm, um das Schlingen zu ermöglichen.

---

1) König „Lehrbuch der Chirurgie".

2) Hamburger. Klinik der Oesophaguskrankheiten mit diagnostischer Verwerthung der Auscultation dieses Organes. Erlangen 1871.

3) Emminghaus. Deutsches Arch. für klin. Med. von Zenker und Ziemssen 1873. II, p. 304.

Nachdem der Hunger einige Zeit so fort bestanden, tritt die facies hippocratica, in einzelnen Fällen leichter Icterus auf und ist es meist dem Arzte bloss bei äusserer Betrachtung des Kranken und Anhören seiner Anamnese möglich die Diagnose zu stellen. Die eingefallenen Augen, der Schwund des Panniculus, der kahnförmig eingezogene Leib, die eingefallenen Intercostalräume, die welke, schlaffe, oft pergamentartige Haut, die blassen Schleimhäute, die oft rissig trockene Zunge — sie Alle sprechen zu deutlich von den Qualen, die Pat. ausgestanden, ehe er sich an den Arzt gewandt. Das nächste, qualvollste Symptom, der Durst stellt sich ein und ist dieser erst da, so tritt das Hungergefühl ganz in den Hintergrund. In der Regel ist dann auch der Körper so weit geschwächt, dass ein therapeutischer Eingriff vergebens ist. Pat. kann sich wegen Schwäche kaum auf den Füssen halten, Flimmern vor den Augen, Schwindel, leichtes Coma zeigen den nahen Hungertod an. Vor dem Tode treten gewöhnlich noch Darmkatarrhe auf, die Haut wird unempfindlich, Pat. verfällt in somnolenten Zustand, die schwache Puls- und Herzfrequenz lässt sich auch durch die grössten Dosen von Excitantien nur für ganz kurze Zeit heben. Temperatur wird subnormal und haucht Pat. in der Regel im Coma sein Leben aus.

Zuweilen treten auch andere Symptome hinzu, hauptsächlich von Seiten der respiratorischen Organe. So beobachtet man in einer Reihe von Fällen Aphonie, die entweder durch directes Uebergreifen des Carcinoms auf den Kehlkopf, oder durch Ergriffensein des Recurrens ihre Erklärung finden. Genty[1]), der in seiner Inauguraldissertation die Larynxsymptome des Oesophaguscarcinoms behandelt, will die Aphonie auf Betroffensein des Recurrens zurückführen, während der betroffene Recurrens auf die Respiration keinen Einfluss hat; das gleiche Resultat soll man durch Affection des Nervus laryngeus inf. erhalten. Er will sogar aus der Aphonie auf den Sitz der Neubildung schliessen, da ein Oesophaguscancer oberhalb oder im Niveau des Aortenbogens sitzen muss, um den Recurrens zu afficiren. Sind beide Recurrentes betroffen, so muss das Carcinom sich im oberen Teile des Oesophagus befinden. Ferner weisen seine Untersuchungen nach, dass der Einfluss der Recurrentes auf die Respiration nur von sehr untergeordneter Bedeutung sein kann, da bei seinen Tierexperimenten Durchschneidung der Recurrentes (bei erwachsenen Tieren) auf die Respiration ohne Einfluss war. Zu diesen seinen Beobachtungen fügt er noch zwei Beobachtungen an Menschen, bei denen es sich um Exstirpation der Glandula thyreoidea handelte. In dem einen Falle (Tillaux) war der linke Recurrens, im anderen Falle (Richelot) beide Recurrentes durchschnitten. Bei beiden Pat. bestanden bloss Störungen der Phonation, die Respiration war frei. Genty hat noch weitere diagnostisch verwerthbare Beobachtungen gemacht, so z. B. dass beim Carcinom im unteren Drittel nie Larynxsymptome auftreten.

In der Regel geht der Aphonie eine Zeit der Dysphonie voraus. Pat. hat die von Jaccoud[2]) beschriebene „voix bitonale". Natürlich lässt sich die Dysphonie nicht so strict von der Aphonie trennen und geht eine in die andere über. Von den Respirationsstörungen ist der Husten und die Dyspnoe am häufigsten. Prof. Krishaber[3]) hat zuerst für diese Dyspnoe nachgewiesen, dass sie in keinem Verhältnisse zu den Recurrentes steht, vielmehr von krampfhaften Zuständen abhänge, deren Sitz im Larynx selbst ist. Auf Recurrensaffection lässt sich das

---

1) Genty. Des symptomes laryngées d'origine nerveuse dans le cancer de l'oesoph. Thèse de Paris. 1883.

2) Jaccoud. Pathologie interne. Tome I.

3) Genty l. c. pag. 13.

durch Glottiskrampf bewirkte Keuchen bei der Exspiration zurückführen, doch kann dasselbe seinen Grund auch in directem Druck der Neubildung auf die Trachea haben, was jedoch differenziell diagnostisch keine Schwierigkeit bereiten kann, da wir in letzterem Falle eine freie, in ersterem eine dysphonische Stimme haben müssten.

Betrachten wir die Complicationen des Oesophaguscarcinoms, so stehen die Lungenaffectionen in erster Reihe; Bronchitis wie Pneumonie finden sich gleich häufig vertreten. Die suspecten Lungen, sowie die mit ausgesprochenen tuberculösen Veränderungen werden nur zu oft angetroffen. Die frühere Lehre Rokitansky's von Ausschluss der Tuberculose bei vorhandenem Carcinom ist jetzt aufgegeben. Es finden sich sogar, speciell in der französischen Literatur, Vertreter wie Peter[1]), die im Oesophaguscarcinom eine Praedisposition zur Tuberculose sehen wollen. In einer Arbeit von Porchaire (1883) ist diese Ansicht Peter's des Genaueren durchgeführt.

Es blieben hier zu erwähnen die Perforationen, die bei Oesophaguscarcinom vorkommen können, sie sind besonders häufig in die Trachea, nächstdem in Pleurahöhlen, Mediastina und Aorta beobachtet worden. Symptomatologisch zu verwerthen wäre noch das Hamburger'sche Schluckgeräusch mit seinen Abweichungen. Gandais[2]) will bei Besprechung der Trachealperforation als diagnostisches Kennzeichen das Ein- und Ausstreichen der Luft aus der eingeführten Schlundsonde verwerthet wissen. Dass dies Symptom in einzelnen Fällen charakteristisch ist, lässt sich nicht bestreiten, doch hat Emminghaus[3]) auf einen Punkt aufmerksam gemacht, der wohl zu berücksichtigen ist. Emminghaus kam bei der Prüfung der Griesinger'schen und Gerhard'schen Beobachtungen an Tieren zum Resultate, dass „Respiratorische Ströme in der Schlundsonde nur dann nachweisbar sind, wenn sich ihre (der Schlundsonde) Spitze im intrathoracischen Teile des Oesophagus befindet." Es könnte mithin leicht eine im unteren Ende des mittleren oder oberen Ende des unteren Teiles sitzende Strictur bei bestehenden Lungenerscheinungen das Gandais'sche Perforationssymptom geben.

Unser Vorgehen nach Constatirung der carcinösen Strictur kann ein dreifaches sein: entweder greifen wir zur Sondenbehandlung, oder zur Oesophagotomie oder aber zur Gastrostomie.

Die Sondenbehandlung hat für den Kranken den Vorzug kein operativer Ergriff zu sein; sie bessert seinen kläglichen Zustand scheinbar bald. Die steten Laesionen aber können, wie es jetzt doch allgemein angenommen wird, nicht ohne schädlichen Einfluss auf das Wachsen des Carcinoms sein. In neuerer Zeit sind die von Symonds angewandten Verweilkatheter wieder in Gebrauch gekommen. So führt Leyden[4]) zwei Fälle an, in denen er durch Einführung kurzer Verweilröhrchen (Tubage!) Pat. eine grosse Erleichterung, ja selbst Zunahme der Kräfte brachte. Er schliesst seinen Vortrag über diese Art der Behandlung mit den Worten: „Was „den Werth der Methode anbetrifft, so ist sie meines Erachtens diejenige, welche von allen „gegenwärtig vorliegenden Methoden der Behandlung die grössten Chancen bietet, denn ich „glaube nicht, dass eine andere so günstige Resultate aufweisen kann." In seinem 2. Falle, in

1) Bei Porchaire. Tuberculose consécutive au retrécissement cancereux de l'oesophage. Thèse de Paris 1883.

2) Gandais. Retrécissements cicatriels et cancereux de l'oesophage. Thèse de Paris 1869.

3) Deutsches Archiv für klin. Med. von Zenker und Ziemssen 1874, pag. 446.

4) Leyden. Deutsche med. Wochenschrift 1887 Nr. 50.

dem Pat. fast 2 Monate das Verweilröhrchen getragen, und sein Körpergewicht während dieser Zeit um 7 Kilogrm. gestiegen war, fällt dasselbe im Laufe von nicht vollen 7 Wochen wieder um 10 Kilogrms. um dann nochmals durch erneute Einstellung der Dauerkanüle um 12 Kilogrms. zuzunehmen (pro Tag fast 1/4 Kilogrms.). In dem ersten Falle lag die Kanüle 6 Monate lang, und hat Patientin während dieser Zeit nahezu 8 Kilogrms. an Gewicht zugenommen. Die Zahlen sprechen recht laut für die Anwendung der Dauerkanüle, doch lassen sich, meiner Meinung nach, 2 allein stehende Fälle nicht als ausschlaggebend ansehen und müssen erst weitere Erfahrungen über diese Intubationsmethode abgewartet werden.

Die Oesophagotomie kann nur angewandt werden, wenn die Neubildung im oberen Drittel sitzt, das am wenigsten häufige Auftreten des Oesophaguscarcinoms. Ferner muss eo ipso eine zweite Affection des Oesophagus ausgeschlossen werden können — eine Forderung, der nachzukommen in den seltensten Fällen möglich ist. Bei Gross[1]) findet sich eine vergleichende Zusammenstellung von Gastrostomie und Oesophagotomie, die ich hier folgen lassen möchte:

		Mittlere Lebensdauer	
32 Oesophagostomien	19 Tote	52 Tage	59,37 %
19 Oesophagotomien (int.)	6 „	256 „	31,57 %
5 Oesophagotomien (combinirte) . . .	3 „	50 „	60,0 %
5 combinirte Oesophagotomien	2 „	168 „	40,0 %
207 Gastrostomien	61 „	82 „	29,47 %
271 Oesophagotomien externe	91 „	90 „	33,58 %

Nach dieser Zusammenstellung würde die Gastrostomie fast am günstigsten stehen.

Dass die Oesophagostomie bei Oesophaguskrebs nur eine untergeordnete Stelle einnehmen kann, hab' ich oben schon gesagt, allerdings hat man bei dem Eingriff mit weniger der Infection zugänglichen Teilen zu thun wie bei der Gastrostomie. Eine Oesophagusfistel aber muss dem Kranken wo möglich mehr Unannehmlichkeit bereiten, als eine Gastrostomiewunde. Davon abgesehen, lässt sich diese Oeffnung kaum dem Blicke entziehen und wirkt daher auf den Patienten selbst deprimirend.

Es bliebe mithin nur die Gastrostomie als einzuschlagender Weg übrig. Ist dieselbe beschlossen, so tritt die Frage an uns heran, wann einzugreifen ist. Viele der Autoren wollen erst abwarten bis die Strictur impermeabel, andere dagegen und das ist die Mehrzahl plaidiren für so frühes Operiren als nur möglich. In Anbetracht des traurigen Ausganges, den ein spätes Eingreifen so leicht ergiebt, mit den recht guten Resultaten bei zweizeitiger oder rechtzeitig vorgenommener einzeitiger Operation, kann wohl nur für frühzeitiges Operiren plaidirt werden. Auf ein Symptom, das dabei den Ausschlag geben sollte, ist von französischer Seite her aufmerksam gemacht, ich meine das Auftreten des Durstes. Im Beginne der Erkrankung sind die Klagen über Hunger und Durst sich fast gleich, dann kommt eine Zeit wo der Hunger praevalirt und diesem folgt das in den Vordergrundtreten des Durstes und klagen die Patient. garnicht mehr über Hunger. Jetzt ist der Augenblick da, wo unbedingt eingegriffen werden muss, wenn man das Leben des Kranken noch erhalten will. In diesem Stadium wird die Operation grösstenteils einzeitig ausgeführt werden müssen, weil ein Zuwarten für den Kranken verhängnissvoll wird.

---

1) Gross. Samuel W. The american Journal of the med. sciences 1884, p. 58.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
1.	Sédillot 18 13/XI. 49 Strassburg.	Montavon Fleischer, 52 Jahre.	Strictura carcinomatosa im unteren Drittel, 33 Ct. von den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 1 Jahre. Regurgitation seit 5 Monaten. Kathéterisation Einreibungen, Pflaster, Nährklysmen.	?	Sensorium klar, doch benommen. Bewegungen langsam, schwach. Puls schwach. Lungen, Herz frei.	Chlf.	Kreuzschnitt 4 Ctm. im Durchmesser. 6 Ctm. nach Aussen und Unten vom Processus xiphoid.
2.	Sédillot 18 21/I. 53 Strassburg.	Benoit Petit Kutscher, 58 Jahre.	Strictura carcinomatosa im mittleren und unteren Drittel; 20 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 9 Monaten. Kräfteabnahme und Abmagerung seit 6 Monaten. Seit 2 Monaten nur flüssige Nahrung. Seit 14 Tagen nur Milch und Bouillon. Sondirungen erfolglos.	20/I.	Hautvenen der Brust und der unteren Extremitäten ausgedehnt. Bronchitis.	Chlf,	Kreuzschnitt 2 Ctm. unter dem Rippenbogen und 2 fingerbreit von der Linea alba. Magen mit Zange vorgezogen. Eröffnung d. Magens durch Scheerenschnitt.
3.	Fenger 18 23/III. 53 Kopenhagen.	Johann Mathias Mort, Schneider. 55 Jahre.	Strictura carcinomatosa im unteren Drittel; 13 Zoll von den Schneidezähnen.	Seit einigen Jahren nach dem Essen Erbrechen zuweilen mit Blut; darauf 2—3 Jahre relativ gesund. Kreuzschmerzen, Schmerzen im Epigastrium. Potator. Delirium tremens vor 9 Monaten. Seit 16 Tg. Schluckbehinderung, seit 31/I. nichts mehr.	10/I.	Mässige Fülle, eher fett als mager. Herz und Lunge noch gut. Epigastrium aufgetrieben. Kein Durst. Seit 2—3 Wochen sichtliche Abmagerung und Erschöpfung.	Chlf.	Schnitt nach Fenger i. e. von Proc. xiphoid bis zum äusseren Rande d. Rectus, parallel dem Rippenbogen. Kleiner Magenschnitt mit Bistouri. Magenschleimhaut-Umnähung.
4.	Sédillot Strassburg.							
5.	Habershon et Cooper-Forster 18 26/III. 58	Mann, 47 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel, am Eingang des Oesophagus.	Schlingbeschwerden seit 6 Monaten, 24 Tage vor der Gastrostomie Tracheotomie.	8/X. 1857	Chronische Bronchitis. Vor Hunger u. Durst fast sterbend.		Schnitt zwischen der 8. u. 9. Rippe nach unten u. aussen, zur Linea semilunaris hin, 3½ Zoll lang. Magenschnitt ¾ Zoll.
6.	Sydney Jones 18 14/VII. 59	Weib 44 Jahre.	Carcinoma pharyngis et laryng.	Seit VII 58 Schmerzen in der Kehle, Heiserkeit; Schlingen erschwert. Wegen Dyspnoe am 10/II.59 Tracheotomie. Seit Anfang Juni Nährklysmen.		Bedeutender Schwächezustand. Brust- u. Bauchhöhle ergiebt nichts Besonderes. Hunger u. Durst sind lebhaft.		Schnitt 3½ Zoll längs dem Rande des Muscul. rectus auf der Höhe der 8. und 9. Rippe. Magenschnitt ¾ Zoll.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		nach 21 St.		Durst schon abends gehoben.	Zucker und 250 Grm. Hühnerbouillon mehrmals täglich durch Zinnspritze und elastisches Rohr eingeführt. Mitternacht 60 Grm. Milch, Morg. 50 Grm. Malaga.	Sédillot'sche Canüle	Epitheliom 35 Mm. hoch 28 Mm. breit in der Höhe VI. Rippe, hart, eiförmig, weisslich, Nervus vagus sin. umfassend. Sonde durchgängig. Im Hypochond. sin. einige Grm. seröser blutiger Flüssigkeit. Beginnende Peritonitis (?).	Gazette médicale de Strassbourg 1849 pag. 366. Petit. pag. 121.
	am 5. Tage	am 10. Tage		Zurücksinken des Magens. Fixation durch liegenbleibende Assalinische Zange. Drain am 2. Tage. Schlucken wird leichter. Brandigwerden d. abgeklemmten Magenfalte. Nahrung theilweise ausgeworfen. Magenausfluss.	Nach Fistelanlage Bouillon und Eigelb per os. Per fistulam: Bouillon, Wein; abends Milch und Mehl vom Pat. eingespeichelt.		Carcinomata 11 Ct. u. 20 Ct. von den Schneidezähnen; zwischen denselben Tasche mit Zerfallsprodukten. Fistel bei Curvat. major näher; gleich weit von Pylorus wie Cardia; sie ist 1 Ct. hoch 22 Mm. breit.	Gazette médicale de Strassbourg 1849 pag. 366. Petit. pag. 121.
1		nach 58 St.		Am ersten Tage leichte Leibschmerzen, Durst. Am 2. Steigen des Pulses, in der Nacht schneidende Schmerzen im Leibe. 25/III. Magenausfluss. Würg- u. Brechbewegungen. Collaps. 7½ Abends tod.	Gleich nach der Operation ½ Tasse Haferschleim, dasselbe noch zweimal im Laufe des Tages. Am folgenden Tage in kleinen Mengen ca. 2 Flaschen Milch u. ebenso viel Haferschleim.	Feines Glasrohr	Ringförmiges Carcinom in unterer Hälfte der Speiseröhre, darüber Verdickung der Speiseröhrenwände, keine Dilatation. Linke Peritonealhälfte stark injicirt. In der Milzumgebung dickliche pflaumenfarbige Flüssigkeit. In den Lungenspitzen tuberculöse Herde.	Virchow's Arch. 1854, Band VI, p. 350. „Ueber Anlegung einer künstlichen Magenfistel am Mensch. durch Gastrostomie".
		am 2. Tage					Peritonitis.	Kaiser cit. aus: „Contributions à la Chirurgie" 1868.
1		nach 44 St.		Bis zum nächsten Abend Zustand zufriedenstellend. Tod an Pneumonie.	Gleich nach der Operation und später alle halbe Std. 2 Unzen Milch mit Ei und Rum.	Sonde (?)	Carcinoma epith. exulcerans im Halstheile des Oesophagus; starke Strictur in der Höhe des Manubrium sterni. Perforation in die Trachea. Chronische Lungentuberculose.	Guy's Hospital Reporter 1858, Bd. III, pag. 1 u. 13. Schmidt's Jahrbücher 1859, Band 101, pag. 325.
1		nach 36 St.		Am Nachmittage d. Operat. relativ wohl. Hunger und Durst geschwunden. In d. Nacht Brechneigung. Am anderen Morgen Collaps. Tod um 3 Uhr.	Stündlich Milch, Schnaps u. zuweilen 30 Tropfen Tinct. laudan.	Röhre mit oberem trichterförmigen Ende.	Carcinoma oesophag. et laryngis. Magen verklebt. Keine Peritonitis.	Med. Times and Gazette 1860, t. I, pag. 115. Schmidt's Jahrbücher 107, p. 72.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
7.	Curling 18 15/III. 66 London.	William G. Seemann 57 Jahre.	Carcinoma oesophagi 10 Zoll hinter d. Schneidezähnen; im unteren Drittel.	Beschwerden seit 1 Jahre. Seit 4 Wochen keine feste Nahrung mehr, stets Erbrechen. Rapider Verfall. Anfangs absolute Ruhe, Milch u. Fleischdiät. 21/II. Körpergew. 71 Pfd.	30/I.	Sehr abgemagert. Foetor ex ore. Quälender Hunger und Durst. Flüssiges nicht mehr Schluckbar. Ernährung nur durch Klystiere.	Aether	Schnitt 3 Zoll lang, vertical von 7. Rippe nach unten, längs Muscul. rectus. Magenschnitt 3/4 Zoll.
8.	Sydney Jones 18 22/IX. 66 London.	James D. Weinhändler 60 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Seit 6 Woch. Schlingbeschwerden. Sondirungen zwei Mal in der Woche. Erbrechen.	24/VIII.	Sehr abgemagert. Jeder Schluck ruft Erbrechen hervor. Lehbafter Hunger und Durst.	Aether. Locale Anaesthesie.	Schnitt 3½ Zoll lang, parallel dem Muscul. rectus. Ränder der Magenwände in die Bauchwunde eingenäht.
9.	Van Thaden 1866 Kiel	Weib 54 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Schlingbeschwerden seit einem Jahre. Erbrechen.		Kachectisch, von Hunger und Durst gequält.	Chlf.	Schnitt nach Fenger, 3 Zoll lang.
10.	F. Troup 18 /IV. 67 Edinburg.	Mann 50 Jahre.	Carcinom über Cardia.	Schlingbeschwerden seit einem Jahre. Einen Monat lang ausschliesslich Klystierfütterung. Häufiges Erbrechen mit Blutbeimischung. Sondirungen seit 9 Monaten.	III.	Ungemeine Abmagerung. Strictur permeabel. Hauptklage jetzt Durst. In der ersten Hälfte des letzten Monats klagte er über Hunger.	Chlf.	Verticalschnitt 3 Zoll lang, parallel der linea med. Magen schwer zu finden.
11.	Morell Mackenzie 18 /XI. 67 London.	Elisa B. 42 Jahre.	Scirrhus im unteren Theile.	Seit 9 Tagen passirt nichts mehr.	X.	Sehr heruntergekommen. Aeusserte Kachexie.		
12.	A. Durham 18 15/IX. 68 London.	A. F. Mann 70 Jahre.	Epitheliom.	Beschwerden seit einigen Monaten. Speichelfluss. Seit VI Regurgitation. Seit 14 Tagen nur Wein; kann v. 10/IX. nichts mehr schlucken. Sonde bleibt 3 Zoll unter Cart. cricoid. stecken.	19/VIII.	Sehr abgemagert. Schmerz zwischen den Schulterblättern.	Chlf.	8—10 Ct. langer Schnitt, unter dem 8. Rippenknorpel, unter der linea semilunaris. Magenschnitt 1 Zoll lang.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		32 St.		Nach erster Fütterung geringer Magenausfluss. Kein Schmerz nur Durst, bis zum Abend. Darauf Wohlsein. Vom Morgen an rascher Verfall.	Nach der Operation 3 Unzen warmer Milch. Halbstündlich Fleischsaft, Milch, Wein, Ei abwechselnd. Nachts 2 Nährklystiere aus Wein, Ei-Bouillon; dasselbe per fistulam.	Katheter. Nahrung mittelst Glasspritze eingeführt.	Epithelioma exulcerans 4½ Zoll über Cardia mit rechtem Bronchus verbacken. Bedeutende Atheromatose. Keine Peritonitis.	Clinical Lect. and Reports of the London Hospital. 1860, Bd. III, pag. 218.
1		am 12. Tage.		Nach Operation Zustand gut. Spasmen im Leibe. 27. Magenausfluss. 28. Blut im Auswurfe. 1/X Collaps, Magenausfluss, der bis zum 3/X., dem Todestage anhält.	Gleich nach der Operation Fütterung v. Ei, Branntwein, Milch allstündlich. Vom 27. alle 3—4 Stunden. 2/X per os Wasser u. Branntwein.	Zu jeder Fütterung Röhrchen eingeführt.	Carcinom in der Höhe des 1. u. 2. Brustwirbels, noch f. Hohlsonde durchgängig. Metastasen in der linken Niere. Rothe Hepatisation d. linken hinteren Lappens. Graue Hepatisation d. rechten Lappens.	The Lancet 1866 15/XII., pag. 665.
	am folgenden Tage.	nach 47 St.		Nach der Operation heftige Schmerzen, wiederholtes Erbrechen, keine Empfindlichkeit des Leibes. Morgens Temperatursteigerung, Puls beschleunigt.	Mehrmals täglich 5 Unzen Fleischsaft.	Nélaton'scher Katheter.	Epitheliom 2 Zoll über Cardia. Peritonitis circumscripta um die Wunde, linken Leberlappen. Infiltration der gland. lymphat. Nervi vagi in Geschwulstmassen. Fistel erbsengross.	Scharffenberg „Gastrotomia propter oesophagi stenosin instituta. Dissert. Kiel 1867.
1		am 4. Tage.		Nach der Operation erholt Pat. sich rasch. Durstgefühl verschwunden. Stirbt am 4. Tage.	Milch u. „Stärkendes".	Mittelstarke Tracheotomiekanüle.	Epithelioma oesophagi über der Cardia. Keine Peritonitis. Magenfistel in der Mitte der Vorderwand.	The Edinburg. Med. Journal 1872 t. XVIII, pag. 36. Petit pag. 165.
		nach 30 St.					Bauchfell normal. Keine Peritonitis.	Med. Times and Gazette. 1876 5/VIII., pag. 137.
		nach 16 St.		Beim 2. Akt entleert Pat. durch Brechbewegungen dunkelbraune Flüssigkeit. Bei erster Fütterung Erbrechen; Pat. collabirt. Excitantia. Abends Schmerz im Epigastrium, darauf im ganzen Leibe. Tod.	Gleich nach der Operation Milch mit warmem Wasser. 7 Uhr Abends Nährklysmen (6 Unzen Fleischbrühe, Arrowroot, Branntwein). Am 16. wiederum Klystier.	Elastischer Katheter. dann mittlere Trachealkanüle.	Perforation des Epithelioms in die Trachea auf der Höhe der Bifurcation. Keine Peritonitis. Fistel steht der Curvatur maj. näher als der Curvatur minor.	Guy's Hospital Reports „Case of Epithelioma of the Oesoph. in which Gastrotomy was performed". 1869, t. XIV, p. 195. Schmidt's Jahrbücher 1870, Band 145, pag. 163.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
13.	Henry Fox 18 23/I. 69 Australien.	J. H. M. Mann 41 Jahre.	Carcinom.	Seit 8 Monaten sich steigernde Schlingbeschwerden. Seit 3 Wochen bisweilen Schmerz. Keine Sondirung.		Grosse Mattigkeit. Wasser passirt auch nicht mehr.		Gerader 12 Ctm. lang. Schnitt längs der linea semilunaris. Fistel 1¼ Zoll lang.
14.	John Lowe 18 24/IX. 69 Norfolk.	S. A. N. Weib 31 Jahre.	Carcinom im oberen Halstheile d. Oesophagus.	Seit zwei Jahren leichte Schlingbeschwerden. Seit 9 Monaten steigen dieselben rasch an und es zeigte sich eine Geschwulst auf der Höhe der Cart. cric. v. heftigem Schmerz begleitet. Seit sieben Monaten nichts Festes.	24/IX.	Abgemagert; Puls sehr schwach. Geschwulst am Halse von der Basis des Cricoidknorpels bis zur Incisura jugularis. Larynx stark vorgedrängt.	Chlf. nicht vertragen. Aether local.	Kreuzschnitt links von der linea alba. 4 Silbernähte. Magen mit Zange erfasst.
15.	Mac Cormac 18 19/III. 72 London.	Heinrich S. Buchbinder 40 Jahre.	Carcinom.	Etwa seit 1 Jahre Schlingbeschwerden und Erbrechen. Seit Weihnachten 71 rapide Verschlimmerung, vom 17—18/III. scheint nichts mehr zu passiren. Sondirung erfolglos. Nährklysmen.	4/III.	Patient ist sehr schwach; leidet sehr durch den durch's Schlucken angeregten Husten und Schmerz im Leibe.	Aether local.	4 Zoll langer schiefer Schnitt vom äusseren Rectusrande bis ½ Zoll vom Rippenbogen, der 8. u. 9. Rippe parallel. Magenfistel mit 2 Nähten fixirt, umsäumt.
16.	Thomas Smith 18 21/III. 72 London.	M. B. Mann 38 Jahre.	Carcinom 10 Zoll von den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 3 Monaten. Seit 2 Wochen nur Flüssiges; seit einer Woche gar nichts. Kein Erbrechen. Sondirung mehrere Tage lang.	II.	Patient sehr schwach. Strictur 10 Zoll von den Schneidezähnen. Lungenaffection nicht nachweisbar.		Schiefer Schnitt dem link. Rippenbogen parallel, 15 Ctm. lang. In den Wundwinkeln Metallnähte, sonst überwendliche Naht.
17.	Clark 18 7/V. 72 London.	Richard L. Landmann 57 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Drei Wochen vor Weihnachten plötzliche Schlingbeschwerden, häufige Schmerzen im Halse. Nie Eiter oder Blut im Auswurfe. Rasche Abmagerung.	2/V.	Hinter Cartil. thyreoidea harter Tumor fühlbar; Katheter passirt diese Stelle nicht. Pat. kann auch Flüssiges nicht herunterbringen.	Locale Anaesthesie.	3 Zoll langer Schnitt dem Rippenbogen der 8., 9. und 10. Rippe parallel. Magen schwer auffindbar. Naht.
18.	Francis Mason 18 27/VII. 72	Thomas R. Portier 58 Jahre.	Carcinom.	Schlingbeschwerden seit 4 Monaten. Seit dem Mai nur Flüssiges, seit 8 Tagen überhaupt nichts mehr.	26/VII.	Aeusserst abgemagert. Bougie u. dicke Sonde passiren die Strictur noch.	Chlf.	Schnitt nach Fenger, 3½ Zoll lang.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang Tod.	Ausgang Heilung.	Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
1		nach $3\frac{1}{2}$ Tagen.		Gleich nach d. Operation wurde Milch gereicht. Magenausfluss. Bis zum 26. ist der Zustand gut; leichter Husten	Wein u. Beeftea.	Elastisches Rohr.	Carcinom von 2 Zoll Länge, $\frac{1}{2}$ Zoll über Cardia.	Australien med. Journ. et the med. Presse 1869, p. 130. Petit. p. 170.
1		am 3. Tage.		Am Operationstage Wohlbefinden. 25. u. 26. nur Schwäche bedenklich. 27. plötzlicher Tod.	Wein, Klystiere von Fleischbrühe und Portwein alle 4 Stunden.	$1\frac{1}{2}$ Zoll lange Silberkanüle mit abgerundeten Rändern.	Scirrhus erfüllt Pharynx fast bis zur Hirnbasis steigend. Der Halssteil des Oesoph. f. Sonde nur durchgängig, sonst ist der Oes. normal. In der Schilddrüse vereiterte Herde. Gerinnsel in der Aorta. Keine Peritonitis.	The Lancet 1871, t. I, p. 119. Petit. p. 175.
1		nach 45 St.		Pat. collabirt immer mehr; stirbt am 21/III Morgens.	Am Nachmittage des Operationstages erste Fütterung aus Brandy, Beeftea, Arrow-Root, 30 Ctgrm. Pepsin.	Kautschukröhre.	Carcinom 3 Zoll über Cardia, ringförmig. Gangränöser Abscess der rechten Lunge, vielleicht vom Oesophaguscarcinom ausgehend. (?)	Transaction of the clinical Society of London. Vol. V, 1872, pag. 242. Petit pag. 178.
1		nach einer Woche.		Puls nach der Operation schwach, (55), vom 3. Tage an beschleunigter. Quälender Husten. 5. Tag: Magen ausfluss; 8. heftige Schmerzen, Tod vormittags.	Bei der Operation Milch und Branntwein. 4 Stund. später Milch und Ei per fistul. Vom 21—28. abwechselnd per fist. und per rectum Milch, Fleischsaft, Branntwein, Eier.	Kautschukröhre mit Platte mit Seitenöffnung und blindem Ende.	Ringförmiges ulcerirtes Carcinom auf der Höhe der Bifurcat, das beide Vagi umschliesst. Metastase auf Curvat. minor. Peritonitis diffusa. Käsiger Tuberkel in rechter Lunge und alte pleuritische Verwachsungen.	Transact. of the clin. Society of London V. V 1872 pag. 236. Petit. pag. 186.
1		nach 6 Tagen.		Nach Operation Collaps (t. 35,8). Die folgenden zwei Tage ist Zustand gut. 3. Tag Bronchitis, Dyspnoe Foetor ex ore, Schmerz links.	Zuerst 30 Stunden nach der Operation, dann 2 stündlich Pancreasemulsion, Eigelb, Milch.	Kautschukröhre, Nahrung durch Glastrichter eingeführt.	Epithelioma exulcerans $3\frac{1}{2}$ Zoll vom ersten Trachealringe, communicirt mit der Bifurcationsstelle der Trachea. Bauch- von Magendecke etwas gelöst.	The Lancet 1872 I pag. 862. Transactions of the clin. Society of London Vol V pag. 244. Petit pag. 188.
1		am folgenden Tage.		Pat. fühlt sich nach der Operat. bis zum anderen Tage gut; dann Schmerz im Leibe, Collaps. Nachmittags 5 Uhr stirbt er.	Alle halbe Stunde Branntwein und Fleischbrühe.		Carcinom $1\frac{1}{2}$ Zoll über Cardia, umschliesst den Oesoph. Pankreaskopf von Neubildung ergriffen drückt mechanisch den freien Theil des Oesoph. zu. Keine Peritonitis.	The Lancet 1873 t. I pag. 131. Petit pag. 190.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
19.	Bryant 18 $^{17}/_{IX}$. 72 London.	Clarke Mann 53 Jahre.	Carcinom doppelte Strictur d. Oesophagus.	Patient hatte eine Schenke, trank und rauchte viel. Vor 3½ Jahren heftige Angina. Vor 1 Jahre starke Ischias, gleichzeitig stellte sich Schlingbeschwerde ein. Seit Wochen nur Flüssiges. An Opiumgebrauch gewöhnt. (½—1 Unze täglich).	10/IX.	Recht abgemagert, quälender Husten, expectorirt wird blutig tingirter Schleim.	Chlf.	4 Zoll langer Schnitt, dem Rippenbogen parallel und 1½ Ctm. v. demselb. entfernt. Innen und Aussen elastische Bougies als Wälle über die die Nähte geknüpft sind.
20.	C. Saunders 1872.	Mann 58 Jahre.	Neoplasma malignum im oberen Theile.					
21.	Rose 18 $^{28}/_{VIII}$. 73 Zürich.	Heinrich Vontabel Hausirer 44 Jahre.	Carcinom in der Höhe der Thoraxapertur.	Seit Anfang 73 Schluckbehinderung, Heiserkeit, Husten. 19/VII. Aphonie, Dyspnoe; nur flüss. Nahrung. 29/VII. Tumor links von der Luftröhre, nur feine Sonde durchgängig, doch nicht in den Magen. (?)	27/VIII.	Aeusserste Kachexie (seit 4 Tagen nichts genossen). Innere Organe nichts Anormales.	Narkose.	12 Ctm. langer Schnitt längs Aussenrand des m. rectus. Fixation des Peritoneum. Magenmucosa nach aussen umnäht.
22.	A. Jakobi 18 $^{24}/_{IV}$. 74 New York.	Mathilde Weinberg 52 Jahre.	Strictura carcinomatosa 8″ hinter d. Schneidezähnen.	1861 Amput. mam. sin. Bereits 4 Recidive. Häufige Erysipele (10—12) bis Ende 67. 68 Electricität. 24/V. 68 fast völlige Vernarbung. X. 73 Schlingbeschwerden. Bis II. 74, Sondenbehandlung, von da an Verschlechterung. 18/IV. konnte sie nichts schlucken.	8/IV.	Bougie geht noch durch. Deutliche Schwellung der axillären u. subclaviculären Drüsen. Abmagerung mächtig. Strictur 8 Zoll hinter Schneidezähnen.	Anaesthesie.	Verticalschnitt 2½″ lang. Magen durch Brausepulver vergeblich aufgeblasen. Magenschnitt 1″ lang.
23.	Hjort 18 $^{9}/_{VI}$. 74 Schweden.	Weib 52 Jahre.	Cancer im Anfange des unteren Drittels.	Vor 12 Jahren nach einem Wochenbette Schmerzen beim Schlucken, die in den Rücken ausstrahlten. Vor 9 Monaten heftige Schmerzen, seitdem nur flüssige Nahrung, häufiges Erbrechen. Vor Weihnachten ging 3 Tage lang nichts durch. Seit 2 Tagen nichts genossen.	1/VI.	Recht schwach doch nicht kachectisch. Sonde bleibt beim Uebergange vom mittleren auf unteres Drittel stecken.	Chlf. mit Aether.	1½ Zoll langer Schnitt dem Rippenbogen parallel, 1 fingerbreit von demselben entfernt am äusseren Rande des Musc. rectus beginnend. Silbernaht.
24.	Küster 18 $^{5}/_{II}$. 75 Berlin.	Neumann Schuster 55 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Beschwerden seit 5 Monaten. Im Nov. 74 war Strictur für Sonde noch passirbar. Seit 8 Tagen wird Flüssiges nur mit Mühe geschluckt.	2/II.	Pat. ist sehr abgemagert. Sonde bleibt hart über Cardia stecken.	fast ohne Chlf.	2½ bis 3 Zoll langer Schnitt in lin. mediana vom proc. xiphoid. Magenschnitt 1½ Ctm. Silbernaht und fortlaufende Naht.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		am folgenden Tsge.		Pat. erholt sich sehr langsam von der Narkose Branntweingenuss bringt vorübergehende Erleichterung. Starb an Bronchopneumonie.	Vor der Operation Nährklysmen, nach derselben Branntwein per fistul.		Zwei Carcinomata exulcerantia: 1. hinter Larynx. 2. 4 Zoll über Cardia. Bronchopneumonia duplex.	The Lancet 1877 7/VII pag. 9. Petit pag. 191.
		am folgenden Tage.						St. Thomas Hospital Reporter 1872 pag. 324. Cit. bei Kaiser.
1		nach 12 Stund.		Nach Operation keine Brechneigung.	Ausfluss der hineingegossenen Milch gleich nach der Operation, daher alle halbe Stunde einen Esslöffel voll.		1½" unter dem Ringknorpel selbst für Silbersonde kaum passirbare narbige Strictur, darüber exulcerirtes verdicktes Divertikel. Perforation in Trachea, 1" unter Ringknorpel. Pneumonie beiderseitig. Keine Peritonitis.	Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 74.
1		nach 9 Tagen.		Am 3. Tage Bauchdeckeninfiltrat, Erysipel. 4. Tag. Schwinden der Röte, kleine Eiterung. 6. Erysipelas dorsi et crurum: Transfusion von 4—5 Unzen Blut. Tod an Septicaemie.	Nach der Operation Fleischbrühe, nach 3 Stunden Milch und Branntwein, Abends nochmals Fleischbrühe. 25/IV. alle 2 Stunden abwechselnd Milch od. Fleischbrühe zu 6 Unzen. Milchklystiere mit Branntwein.		Bloss die Bauchhöhle konnte secirt werden. Magenfistel 1½ Zoll vom Pylorus. 2 Fistelgänge von der Wunde in das eitrige infiltrirte Unterhautzellgewebe und die Musculatur. Keine Peritonitis.	Gastrotomy in stricture of oesophagus. New-York medical Journal. 1874, Bd. XX, pag. 142. Kaiser. Petit.
1		nach 24 Stund.		Erbrechen durch d. Fistel, stirbt am 10/VI. 24 Stunden post oper: Inanition.	Portwein, Milch.		Epitheliom des Oesophagus. Die Wundränder gut verklebt.	Norsk. Mag.: Loegevidsk 3 R. IV, pag. 204. 1874. Petit pag. 200.
1		Nach 14 Tag.		Während der Operation Syncope. Starb nach 14 Tagen an Inanition.	Milch und Eier. Alle 2 Stunden Bouillon, Ei u. gehacktes Fleisch m. Pancreas.	Trachealcanüle. Dann Doppelcanüle m. beweglicher Platte.	Carcinoma exulcerans ringförmig, 2 Zoll breit, 1¾ Zoll über Cardia Anaemia universalis. Magenfistel 2½ Ctm.: vom Pylorus an der grossen Curvatur.	Küster: 5 Jahre im Augusta-Hospital. Berlin 1877, pag. 114. Petit pag. 211.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name nnd Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
25.	Sydney Jones 18 23/III. 75 London.	Carl L. Ingenieur 67 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Seit 10 Monaten Schlingbeschwerden. Seit 7 Monaten Unmöglichkeit Festes zu schlucken. Seit 4 Monaten Aphonie. Keine Dyspnoe. Sonde passirt nicht.	21/I.	Pat. sehr abgemagert. Links neben Trachea harter Tumor fühlbar. Schmerz im Epigastrium. Fortwährende Schleimabsonderung. Durst sehr quälend.	Chlf.	Schnitt 3½ Zoll lang in der Linie von linker Mamma zum äusseren Rande der spina ant. sup. Vom Rippenrande 1 Zoll entfernt. Magen durch Nadel fixirt.
26.	Waren Tay 18 30/VIII. 75 London.	Sarah B. 34 Jahre.	Carcinom 15½ Zoll hinter den Schneidezähnen.	Meist sehr gesund. Plötzliche Schlingbeschwerde vor 9 Monaten, Schmerz erst 3 Monate später. Festes ruft Erbrechen, Flüssiges Uebelkeit hervor. 7./VI. passirte dünne Sonde, seitdem bis Ende VII. Sondenfütterung.	16/IV.	Patientin anaemisch u. sehr von Kräften; klagt über Hunger, mehr jedoch über Durst.	Aether.	Verticalschnitt längs dem äusseren Rande des Musc. rectus oberhalb beginnend, 2 Zoll unter dem Rippenknorpel endend. Beim Magenschnitt bedeut. Blutung.
27.	Heath 18 12/XII. 75 London.	J. L. Mann 47 Jahre.	Carcinom.	Dysphagie seit 7 Wochen, schnell zunehmend, am 3/XII. hatte er zuletzt etwas zu sich genommen.	7/XI.	Panniculus adiposus noch gut erhalten; Ernährungszustand gut. Herz schwach, Radialpuls kaum fühlbar.	Aether.	Operation ohne Zwischenfälle.
28.	Callender 18 6/XI. 76 London.	Robert B. 39 Jahre.	Carcinom 12 Zoll hinter den Schneidezähnen.	Potator. Regurgitator. Seit 9 Mon. Schlingbeschwerden; seit 12/VIII nur Flüssiges. Sonde passirt nicht. Während 2 Monaten Sondirungen.	16/X.	Abgemagert, hustet. Auswurf schleimig — eitriger Massen mit etwas Blut. Schmerzen im Epigastrium und rechter Scapula.	Protoxyde d'Azote mit Aether.	Schnitt gewöhnlich. (?)
29.	Schönborn 18 29/XI. 76 Königsberg.	Schlaume Harkaff Schneider 44 Jahre.	Strictur im unteren Drittel.	Seit 6 Jahren Empfindlichkeit der linken Brustseite. Seit 4 Monaten nur flüssige Speisen. Schreiber'sche Schlundsonde. Fütterung per os u. Klysmen.	28/XI.	Gross, mager, Gesichtsausdruck leidend. Dünne Sonde passirt noch.	Chlf. mit Aether.	Carbolspray. Schnitt der Sagitalebene d. Rumpfes parallel, am Seitenrande des Musc. rect. 8 Ctm. lang. Magen durch Schreibersche Sonde gebläht, durch vergoldete Nadel fixirt. Lister'sche Gaze.
30.	Lanelongue 18 31/XII. 76 Bordeaux.	Louis Philippe 59 Jahre.	Epitheliom 32 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Früher stets gesund. Seit 6 Mon. Schlingbeschwerden. Seit 4 Monaten Unbehagen, Frost, Erbrech. schleimiger u. blutiger Massen. In letzter Zeit nur mühsam Flüssiges. In 3 Mon. ist sein Gewicht von 67--51 Kil. gesunken.	21/XII.	Sehr abgemagert, niedergeschlagen, kalte Extremitäten, starker Hunger u. Durst. Keine Sonde passirt, Blut findet sich an keiner. Temperatur subnormal.	Chlf.	5 Ctm. langer Schnitt dem Rippenbogen parallel und 2 Ctm. nach Innen — nach Verneuil. Magen durch Nadeln fixirt, Schnitt 1 Ctm. lang.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		Am 12/IV.		Die ersten 2 bis 3 Tage Spasmen der Bauchmuskeln. Magenausfluss. Heftige Schleimabsonderung. Blutspeien. Gehemmte Expectoration. Tod am 12./IV.	4stündlic Khlysma a. Milch, Brandy u. tinc. opii 2,0. Per fistulam 2mal täglich Fütterung. Per os Milch Geleé, Ei.		Carcinoma oesophagi $3^1/_2$ Zoll lang unter cartilago cricoidea gelegen.	The Lancet 1875 pag. 678. Petit pag. 214.
1		nach 30 Stund.		Starb an lokaler Peritonitis.	Klystiere v. Milch, Pepsin, Schnaps. Milch in den Magen gegossen wird entleert.	Kautschukrohr.	Medullarcarcinom $1^1/_2$ Zoll über Cardia. Lumen durch Detritus verlegt. Peritoneum injicirt. Rechter Leberlappen u. Magen mit frischem Exsudat bedeckt.	The Lancet 9/X. 1875, pag. 527. „Gastrotomy".
1		nach 20 Stund.		Patient wurde immer schwächer und starb an Inanition.			Keine Peritonitis.	Morell Mackenzie „The med. Times and Gazette. 1876 II, pag. 136. Kaiser, pag. 125. Petit, pag. 218.
1		nach 91 Stund.		Viel Magenausfluss. Excoriationes. Am 3. Tage Phantasien.	Nährklysmen, mehrmals täglich Milch, Eigelb etc.	Kautschukrohr, bald entfernt.	Carcinoma exulcerans im unteren Drittel, Infiltrat aufs Pericardium übergreifend. Allgemeine Peritonitis, mehr in d. oberen Hälfte.	The Lancet. 1877 14/IV, pag. 531. American Journ. of med. Sciences. 1877, VII, p. 258.
	am 4. Tage.	nach 3 Monaten.		Schmerz gering. Singultus. 3/XII. Verbandwechsel, Eiter, Phlegmone d. Bauchdecken. Ausfluss v. Magensaft, Aufstossen, Husten. Starb nach 3 Monaten.	Nährklystiere. Per fistul. 300,0 Bouillon, 2 Eier, 100 Grm. Wein. Eispillen per os.	Obturator nach Schönborn, 4 Mal verändert.	Carcinom auf den linken Leberlappen übergehend, nimmt das untere Drittel des Oesoph. ein.	Langenbeck's Archiv 1878. Bd. XXII, pag. 500.
1		nach 25 Tagen.		Ausfliessen des Magensaftes, Erythem. 10. Tag, Entfernung der Nähte.	Fütterung gleich nach der Operat. In den ersten Tagen Milch allein und mit Eiern. Vom 4/I. rohes Fleisch, Eier, Bouillon, Wein.	Garnier's Vorrichtung.	Carcinoma im Brustteile gleich hinter link. Bronchus, 5 Ctm. lang. Communication d. Trachea mit den Bronchien. Bronchialdrüsen metastatisch.	Gazette hebdomadaire. 1877, Nr. 15, pag. 236. Petit, pag. 238.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
31.	Courvoisier 18 17/III. 77	Jakob Friedrich Brecherer Metzger 60 Jahre.	Carcinom.	Potator. Kräftig, etwas mager, mässiges Struma beiderseits. Druckempfindlichkeit längs Oesoph. von Larynx bis Sternum, diffuse Verhärtungen. Sondirung schmerzhaft und erfolglos. Breiige Nahrung passirt.	6/II.	Seit 6 Monaten leidend, die Sonde geht bis zur Cartil cricoid. Vor 6 Wochen eine später 3malige erfolglose Sondirung.	Chlf. hat keine Wirkung.	5 Ctm. langer Schnitt nach Verneuil den Rippen parallel und 1—2 Ctm. v. ihnen entfernt. Später noch um 1½ Ctm. nach oben und unten verlängert. Magenschnitt 1 Ctm. breit und 3 Ctm. hoch Durchstechung der Magenfalte mittelst Acupuncturnadeln. Silbernaht.
32.	Otto Risel 18 9/XI. 77 Halle.	Otto August Dreischt 52 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Vor zwei Monaten bereits Perforation mit consecutiver Pneumonie. Vorher längere Zeit Sondirung. Ernährung per Klysma.	19/VII.	Cachexie im höchsten Grade. Taubeneigrosser Tumor über Clavicula sinistra sehr hart.	Bichlorüre de Methylène.	Schnitt unter Carbolspray nach Fenger. Magenschnitt 2 Ctm. lang.
33.	Reeves Herbst 1877 London.	Mann 63 Jahre.	Carcinoma oesophagi im mittleren Drittel.		Herbst 77.			Schiefer Schnitt.
34.	Ollier 1877 Lyon.		Carcinom.				Narkose.	
35.	R. Gritti 18 23/II. 78 Mailand.	Mann 51 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Schlingbeschwerden seit 2 Monaten, jetzt für dünnste Sonde nicht durchgängig.			ohne Narkose.	Schnitt nach Fenger 5 Ctm. lang, 5 Nähte. Magenschnitt 2 Ctm. lang.
36.	Studsgaard 18 8/IV. 78 Copenhagen.	Jenny H. Holzschneiderin 41 Jahre.	Carcinoma pharyngis et oesophagi.	Beschwerden seit 1 Jahr u. 2 Monaten. Vor 2 Monaten Tracheotomie und daran schliessend Pharyngotomia subhyoidea (Malgaigne) zur Exstirpatio neoplasm. d. sich als unmöglich erweisst.	13/II.	Mager doch arbeitsfähig. Submaxilläre Drüsen geschwellt. Tumor an hinterer Oesophaguswand (Laryngoscopisch) Sonde nicht passirend; blutig tingirter Schleim.	Chlf.	Schiefer Schnitt 1 fingerbreit vom Rippenbogen und 2 Ctm. vom Proc. xiphoid entfernt, 5 Ctm. lang. Vor d. Operation Brausemischung. Magenfalte temporär durch 2 Metallfäden fixirt Magenschleimhaut nach aussen umsäumt.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		nach 44 Stund.		Nahrung wird regurgitirt. Beim Husten Schmerz. 18/III. steigt Temperatur. Extremitäten kühl, Puls schwach.	Champagner u. Eigelb.		Carcinom Oesoph. vom 1. Trachealringe bis zur Bifurcation. Perforation der Trachea. Halsdrüsen carcinomatös. Lungenemphysem. In l. Leberlappen nussgrosse Metastase. Keine Peritonitis. Fistel 8 Ctm. vom Pylorus, der Curvatura maj. näher als der minor.	Correspondenzblatt für Schweizer Aerte 1877 15./XII pag. 698. Revue des sciences médicales 1878 XII pag. 284. Petit pag. 245 Zesas. l. c.
	nach 2 Tagen.	am 6. Tage.		Nach der Operation ziemlich starker Collaps. Wegen Druck bei Fütterung Ausfluss von Magensaft. Vom 14/XI. nichts Anderes als Nährklystiere.	Zweistündlich 100 Grm. flüssige Nahrung.	Fingerdicker Drain durch 2 Ctm. haltende Magenfistel geführt, mit Catgutnähten befestigt.	Carcinom 2 Ctm. über Cardia im Oesophagus, exulcerirt. Perforation in's Lungengewebe, hier nussgrosse Höhlung. Fistelrand mit Perit. parietale fest verklebt. Die Seitennähte gehalten. Keine Peritonitis.	Deutsche med. Wochenschrift IV 1878. 18. 19.
1		nach 4 Tag.		Starb an Pleuritis und Pericarditis, die schon früher dagewesen.				Transact. of the clin. Society of London V/XV. p. 26.
		nach 20 T.						Revue de Chirurgie 1884 pag. 906.
1		nach 37 Stunden.		Collaps.	Einführung von Fleischbouillon.	Nélaton'sche Sonde.	5 Ctm. oberhalb der Cardia liegt eine 5 Ctm. lange krebsige Oesophagusstrictur; bei der Section war sie für gewöhnliche Oesophagussonde passirbar, intra vitam impermeabel. Gänzliche Verklebung der Wundränder. Keine Peritonitis.	Gazette med. italiano Lombard 1881 Nr. 1. Centralblatt für Chirurgie 1881 Nr. 19, pag. 301.
1		nach 6 Monaten.		Entfernung d. Nähte am 8. Tage, Excoriationen. 2 Tracheotomie. Laut brieflicher Mittheilung am 9/X. an Inanition gestorben.	4 Tage lang Fleischpancreasklysmen mit Wasser. Vom 12. Tag. per fistulam Milch, Eier.	Fütterung durch elastisches Rohr mit Mundstück.	Epitheliom des unteren Theils der hinteren Pharynxwand und des Anfangsteils des Larynx u. Oesophagus. Halsdrüsen geschwellt. Fistel 3 Ctm. von Curvatura maj. und 1 Ctm. von minor; näher zum Fundus.	Nord. med. Archiv XI Nr. 9. Petit pag. 265.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
37.	Schönborn 18 9/IV. 78 Königsberg	Mann 48 Jahre.	Carcinom dicht über Cardia.			Strictur nicht mehr durchgängig.		Schnitt 4 Ctm. lang links und parallel der Linea alba. Magen durch Stahlnadel fixirt Incision 2½ Ctm. lang.
38.	Trendelenburg 18 26/VI. 78 Rostock.	Reinhold Idinger Carroussel-besitzer 43 Jahre.	Carcinom 37 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Schlaganfall Frühjahr 77, darauf 2 mal Blutbrechen. Starke Brustschmerzen bis Septbr. wo Schlingbeschwerden sich zeigten. Um Weihnachten Eiterauswurf, danach 2malige Sondenbehandlung mit temporärer Besserung, dann rapides Sinken der Kräfte u. Wachsen d. Schlingbeschwerden. Vom 17./VI nichts genossen.	21/VI.	Gewichtsverlust von 21.—26/VI. fast 8 Kilo, Beiderseits in d. Lungen Rasseln. Starker Hunger und Durst.		
39.	Howse 18 ?/VII. 78 London.	Weib.	Carcinoma oesophagi.					Howse legt zwei Nahtreihen an; d. eine besteht aus carbolisirter Seide ca. ¾ Ctm. vom Wundrande entfernt, geht durch Bauchwand, Serosa, Muscularis des Magens u. Bauchwand. Die zweite (innere) Nahtreihe zeigt Kopfnähte und geht durch Serosa des Magens und Schnittwunde des Peritoneums.
40.	Rose 18 28/X. 78 Zürich.	Jakob Wehrli Matrose aus Höngg 35 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit Febr. Schlingbeschwerden. Haemoptoe, darauf Dyspnoe. Mehrere Pleuritiden und eine Pneumonie durchgemacht. Sondenbehandlung.	25./X.	Livor des Gesichts. Dyspnoe, reichlicher Auswurf. Rechts Rasselgeräusche. Fieberfrei.	Chlf.	Schnitt 12 Ctm. lang längs äusserem linken Rectus. Carbolseidesuturen.
41.	Schönborn 18 3/XII. 78 Königsberg.	Mann 50 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.			Strictur bereits impermeabel.		Schnitt längs linea alba. Magenfixation durch Stahlnadeln.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
am 3. Tage.	am 9. Tage.			Am 3. Tage oberflächliche Fasciennecrose. 13/IV. Magenausfluss. Klystiere belästigen sehr. Unterer Wundwinkel losgelöst. Trotz Catgutsutur nochmaliges Loslösen d. Magens. 17/IV. Eiterhöhle zwischen Magen, Leber u. Zwerchfell.	Leubesche Fleischpancreasklystiere. Per fistulam flüssige Nahrung?	Dicker Drain.	Carcinoma exulcerans dicht über Cardia auf Magen übergreifend. Beiderseitig lobuläre Pneumonie, rechts Abscedirung. Circumscripte jauchige Peritonitis. Drüsen hinter Magen metastatisch Fistel in Magenvorderwand 2½ Ctm. von erkrankter Partie.	Zeitschrift für Chirurgie Bd. XIII pag. 404 Lièvin u. Falkson.
1		nach 14 Tagen.		Bald nach Operation Hungergefühl gestillt. 28/VI. Blut im spuum. Am 14. Tage Tod an Pleuritis und Gangräna pulmonum.	Allstündlich 150 Grm. Milch.	Drainrohr.	Carcinoma im mittlerem Drittel, Communication mit Mediastinum post., Pleura und gangränösem Lungenherd. Caverne und Gangrän des mittleren Lungenlappens. An Valv. mitral. frische endocarditische Wucherungen. Retroperitonealdrüsen metastatisch ebenso rechter Leberlappen.	VIII Chirurgen-Congress. Petit pag. 268.
	2.		1.	Als genesen aufgegeben.	Häufiges Eingiessen kleiner Mengen Flüssigkeit.	Elastische Bougie durch Silberdrath fixirt (Gleich franz: Katheter Nr. 6).		Brith med. Journ. 1881 Vol. 19. The Lancet 1881.
1		am 4. Tage.		Fieberfrei. Ausfluss von Magensaft, dadurch Hautgangrän (Zinksalbe Watteverband).	Halbstündlich Esslöffelweise Milch mit doppeltkohlensaurem Natron versetzt. Durch Schlundsonde 1 Topf Milch, 3 Eier und 6 Unzen Brantwein.	Schlundsonde.	Carcinoma exulcerans 3 Zoll lang. Bronchopneumonia. Ectasien alten Ursprungs.	Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1879 Nr. 3 pag. 77.
	am 3. Tage.	am 3. Tage.		Schon am 4/XII. Bauchdeckenphlegmone. 5/XII. beginnt Peritonitis. 6/XII. Delirien, abends stirbt er.	Leube'sche Klystiere werden nicht behalten. Gegen Durst Wasserklysmen.		Carcinom an der Bifurcationsstelle d. Trachea. Magen nicht verklebt. Eitrigfibrinöse Peritonitis.	Lièvin u. Falkson l. c.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
42.	Langenbeck 18 23/XII. 78 Berlin.	Mann 59 Jahre.	Carcinoma oesophagi, im oberen Brustteile d. Oesoph. 22 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 7 Monaten, die sich sogar bisweilen bis zur Unmöglichkeit, selbst Wasser zu schlucken, steigern. Heiserkeit, durch linksseitige Stimmbandlähmung bedingt.	21/XI.	Patient ist sehr schwach, Strictur nicht einmal in d. Narkose passirbar für dünnste Sonde.	Chlf.	10 Ctm. langer Schnitt, und 2 Ctm. links von d. Spitze des Schwertfortsatzes beginnend u. von der senkrechten nach links abweichend bis zu gedachter Verbindungslinie zwischen 10. und 9. Rippenknorpel. Fixation d. Magens durch Stahlnadel.
43.	Ollier 1878 Lyon.		Carcinom.				Narkose.	
44.	C. Hüter 1878 Greifswald.	Weib 61 Jahre.	Carcinom im oberen Teile.			Strictur bereits impermeabel.		Antisepsis.
45.	Mac Carthy 18 8/I. 79 London.	Mann 61 Jahre.	Carcinoma oesophagi, ca. 31 Zoll hinter den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 5 Monaten. Panniculus adiposus noch vorhanden.			Chlf.	Schnitt nach Fenger 1 ½ Zoll lang.
46.	Langton 18 10/II. 79 London.	Mann 55 Jahre.	Carcinom in der Höhe der Cartil. cricoid.	6/II. an eingeführter Olive haftet Blut; Strictur gleich hinter Cartil. cricoid. Flüssiges passirt noch ziemlich gut.	Anfang I.	Kachectisch, abgezehrt. Rechts neben Cartil. cricoid. sind d. Sternocleidomastoideus vordrängende Verhärtungen. Flüssiges nur mühsam schluckend, regurgitirend.		Schnitt 2 Zoll lang, d. Segment der linea semilunaris parallel. Magen durch Metallnähte befestigt.
47.	N. W. Sklifassowski 18 3/III. 79 Moskau.	Ssergei Jussew Steuermann. 37 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Vom XII 78 Schlingbeschwerden. Während der letzten 2 Wochen Nährklysmen von Fleischsaft und Eigelb. Ausser Wasser pasirt nichts.		Sehr herabgekommenes Individuum. Cyanose. Gleich unter Cartil. cricoid. unbeweglicher harter Tumor. Tonlose Stimme.		Schnitt 6 Ctm. lang nach Fenger. Catgutnaht durch Magenwand und Peritoneum. Magenschnitt 3½—4 Ctm. lang.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
	nach 5 Tagen.			Reactionslos. 24 Stunden nach d. 1. Akte Entfernung der Stahlnadel. 4 Tage später kreuzförmige Incision der Magenwand.	Ernährung vor und nach d. Operation durch Peptonklysmen. (pro die 150—200 Grm. nach Adamkiewicz in Milch gelöst). Nach Eröffnung d. Magens Ernährung per fist. begonnen, nach einigen Tagen ohne Klystiere. Bald nach d. Operation Schlucken frei.	Drain.		Berl. klin. Wochenschrift 1879 No. 89 „Ueber die gelungene Anlegung einer Magenfistel" Referent Israel.
		nach 5 Tagen.						Revue de Chirurgie 1884 p. 906.
1		am 17. Tage.		Fieberfrei. Magenausfluss und Excoriationen sehr lästig. Stirbt am 17. Tage.	Ernährung vom 2. Tage nach der Operation an.			Deutsche med. Wochenschr. 1878 No. 51 pag. 640. Centralblatt für Chirurg. 1880 Nr. 26 pag. 426.
	am folgenden Tage.	am 5. Tage.		Nach der Operation am 2. Tage Blutung. Schmerzen im linken dann im rechten Hypogastrium.	Klystiere ca. alle 4 Stunden. Die per fist. gereichte Nahrung wird ausgebrochen; nur durch Verweilkatheter wird dieselbe gehalten.		Strictur $2^1/_2$ Zoll lang, schliesst das untere Ende des Oesoph. fast ab. Mediastinaldrüsen und beide Lungen metastasirt. Metastasen auch in den Retroperitonealdrüsen. Pleuritis an der Lungenbasis Die Fistelumgebung ist fest verwachsen.	The Lancet 1879 5./IV. Petit pag. 276. Centralblatt für Chirurgie Nr. 36 1879 pag. 598.
	am 9. Tage.	am 12. Tage.			Bis zum 2. Akte Klystiere aus Fleischsaft, Brandy etc. Der Magen hält das Eingeführte.	Drain.	Carcinom im Brustteile des Oesophagus. Metastasen der Lunge und benachbarter Drüsen. Magen nur rechts verwachsen.	The British med. Journ. 1.—15/III. 1879 pag. 3, 10 u. 395. Petit. pag. 276.
1		nach 20 Stund.		Die Kräfte heben sich nach der Operation sichtlich. Stimme bekommt Klang. Stirbt nach 20 Stunden.	Gleich nach der Operation 1 Glas Xeres und 4 Löffel kalte Milch per fist. Verordnet wird 3stündliche Fütterung mit flüssiger Nahrung.		Carcinoma exulcerans, 3 Ctm. unter Cart. cricoid., Communication mit Trachea $2^1/_2$ Ctm. gross, unter derselben eine 2. Strictur. Lymphdrüsen d. Umgegend geschwellt, exulcerirt. Pneumonische Herde besonders in linker Lunge.	Medizinskij Wjestnik 1879 NNr. 21 und 22.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
48.	Littlewood 18 21/IV. 79.	Weib 40 Jahre.	Epithelioma pharyngis et oesophagi.	Schlingbeschwerden seit 1 Jahre; seit 4 Monaten nichts Festes mehr; seit Tagen überhaupt nichts.			Chlf.	Schiefer Schnitt links von der linea semilunaris beginnend, 1 Zoll vom linken Rippenbogen entfernt, parallel 3 Zoll lang. Mageneröffnung.
49.	R. U. Krönlein 18 23/IV. 79 Giessen.	Landwirth 71 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit Weihnachten 78 Schlingbeschwerden, v. 4—10/III. dünne Sonden 2mal durchgeführt. Ernährung per Klysma.	20/IV.	Sehr marastisch; seit 12 Tag. nichts genossen.	?	Schnitt 8 Ctm. lang nach Fenger. Magen mit Hakenpincette gefasst; durch Stahlnadel fixirt.
50.	Milner-Moore 18 4/V. 79.	Mann 45 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit dem Februar Schmerzen hinter d. Sternum, Schlingbeschwerden, Regurgitation. Nährklysmen werden seit 5 Tagen nicht mehr gehalten.		Grosse Schwäche.	Chlf.	Schnitt nach Erichsen.
51.	Van der Hoeven 18 30/VIII. 79	Mann 46 Jahre.			27/VIII.			Schnitt 13 Ctm. lang.
52.	Schönborn 18 7/XI. 79 Königsberg.	Mann 56 Jahre.	Carcinom dicht über Cardia.	Schmerzen rechts neben d. Wirbelsäule.		Für dünne Sonden ist die Strictur noch durchgängig Potator.	Narkose.	8 Ctm. langer Schnitt der linea alba parallel und auf 4 Ct. Abstand von derselben. Blähung mittelst Schreiber'scher Sonde. Vernähung des Magens mit Perit. paritale u. tiefer Muskelschicht der Bauchwand.
53.	C. Langenbuch 18 19/XI. 79 Berlin.	Frau Pohle 60 Jahre.	Carcinom über Cardia.	Litt seit Ostern an Schlingbeschwerden. Katheterisiren bleibt erfolglos. Das Körpergewicht hat im Laufe von 8 Tagen um 5 Pfd. abgenommen.	10/XI.	Grosse Abmagerung. Strictur undurchgängig.		Schnitt von linea mediana bis zur 8. Rippe, dem Rippenbogen parallel.
54.	N. W. Sklifassowski 18 26/XI. 79 Moskau.	Batowski 56 Jahre.	Carcinom 33 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	1869 Lungenentzündung darauf mehrfach Haemoptoe. Seit 4 Mon. Schluckhinderniss. Seit 2 Wochen keine feste Nahrung mehr.		Olive Nr. 1 bleibt stecken.		Schnitt nach Fenger, 8 Ctm. lang. Magenschnitt 2½ Ctm.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		am 9. Tage.		Am Tage nach der Operation stellen sich Schmerzen in d. Gegend der Wunde ein. Stirbt am 9. Tage.	Nährklysmen. Fütterung per fistul. Milch, Bouillon, Eier.		Verbindung zwischen Magen- und Bauchwand gelockert. Peritonitis.	The Lancet 1879 pag. 466.
	am 5. Tage.	am 30. Juni.		Am 25 Entfernung der Stahlnadel. 28 Nahtentfernung und Anlage der Magenfistel. 16/VI. verläst Pat. die Klinik. 30/VI. Tod an Kach.	Leubesche Klysmen, gegen Durstgefühl Tabakkauen. Fütterung (?).	Langenbeck'scher Obturator darauf einfacher Wattebausch.	Weit ausgebreitetes Carcinom d. Oesophagus. Mesenterialdrüsen bis Kirschkerngross. Fistel näher zur Curvatura minor. Schleimhaut körnig verdickt.	Berl. klin. Wochenschrift 1879 Bd. XVI NNr. 34 und 35.
1		am 8. Tage.			Durch d. Fistel 2 stündlich 2 Unzen Milch und Branntwein.	Katheter.	Auf Leberoberfläche frisches Exsudat. Zwischen Magen- u. Bauchwand purulente Flüssigkeit. Peritonitis.	The Lancet 1879 IX. Vitringa p. 50.
1		nach 24 Stund.				Kautschukbougie.		Vitringa „Over Gastrotomien"Dissertat. Gröningen. 1884, pag. 258. Nach brieflicher Mitteilung an denselben.
	nach 7 Tagen.	am 14. Tage.		Am 4. Tage schon Delirien. Magenausfluss. Am 10. Tage Bauchdeckenphlegmone. Incisionen. Leibschmerzen. Stirbt an Peritonitis.	Wein, Opium. Wegen Magenausfluss Leguminose-Klystiere.		Oesophagus an der Bifurcation diffus carcinös infiltrirt; darüber u. am Magen einzelne Herde. Verklebung gut. Frische Peritonitis, von einem ulcerirten Leberknoten ausgehend, partiell. Metastasen im Magen, Perioesophagealdrüsen und Leber.	Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XIII, pag. 406. Liévin u. Falkson.
		am 2. Tage.		Zunehmende Schwäche. Starb am 21/.XI.			Carcinoma impermeabile oesophagi. Carcinoma septi cordis. Im Herzen braune Atrophie d. Muskelfleisches. Keine Peritonitis. Nahtstellen nur mit einiger Gewalt trennbar.	Berl. klin. Wochenschrift 1881, Nr. 17, pag. 235.
1		nach 19 Tagen.		Ausfluss v. Mageninhalt, am 10. Tage Gangrän der Hautdecken. Tod nach 19 Tagen an Kachexie.			Carcinoma exulcerans.	Wratsch 1880, Nr. 21, pag. 341.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
55.	Kocher 18 15/XII. 79.	Rudolf Bohner Schreiner 54 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Früher 2 Lungenentzündungen. Seit 4 Monat. beim Essen Schmerz im Epigastrium. Seit dem Sommer Behinderung beim Schlucken fester Speisen, bald darauf Regurgitation. Seit Anfang September Sondirungen.	13./XII.	Sehr abgemagert. Magen scheint etwas dilatirt. Impermeable Strictur des Oesophagus am unteren Ende.	Lokale Anaesthesie.	Schnitt 5—6 Ct. lang dem Rippenbogen parallel vom 10. Rippenknorpel ausgehend. Magen in ganzer Dicke durchstochen. Magenschnitt 1½ Ctm. lang.
56.	Kocher 18 15/XII. 79.	Born Mann.	Carcinoma oesophagi.					Schnitt nach Verneuil und Trendelenburg.
57.	Kocher 1879.		Carcinoma oesophagi.			Pat. sehr herabgekommen. Die letzten 14 Tage nichts genossen. Im Laufe von 3 Tagen 7 Pfd. an Gewicht verloren.		
58.	Ollier 1879 Lyon.		Carcinom.				Keine.	
59.	Howse 1879 London.	Mann.						Confer Nr. 39.
60.	Howse 1879 London.	Mann.						Confer Nr. 39.
61.	Howse 1879 London.	Mann.	Carcinom.					Nach Howse. Conf. Fall 39.
62.	Richter 1879 Breslau.	Mann.	Carcinom.			Mehrere Tage lang sogar Wasser unmöglich z. schlucken.		

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
	am 2. Tage.	nach 7 Monaten.		Kein Erbrechen. Das Schlingen wird freier. Magenausfluss bis zum 5./I. 80. Excoriationen um die Fistel. Ernährungszustand hebt sich bis 20./I. Von da wieder Magenausfluss. Decubitus der Magen- und Bauchwand durch Kautschukplatte. Isst per os.	Zwei Nährklysmen, 2 Eiweiss u. einige Löffel gekochten Wassers. Nach 2. Akte per os Bouillon. Nährklystiere 3 mal täglich, 1 Tasse Bouillon, 2 weiche Eier. 14./I. Ass Brei u. Mehlsuppe.	Katheter, mittlerer Drain. Dickster Drain. Kocherscher Apparat. Einfache Verbandpelotte.	Laut. Bericht an einem „Schlagfall" gestorben.	Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1883, p. 605.
	nach 2 Tagen.	am 3. Tage.		Collaps u. Schmerz nach der Operation. Langsame Temperatursteigerung bis zum Tode am 3. Tage an Septicaemie.			Magenwand v. fleckigbraunroter Färbung, Mucosa schmutzig-graugelb mit eitrigem Schleim bedeckt. In Peritoneal- u. Pleurahöhlen schmutzigbraunrotes Exsudat.	Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1883. p. 605.
	2 zeitig.	nach 12 Stund.		Starb an Collaps.				Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1883.
		in der folgenden Nacht.						Revue de Chirurgie 1884, p. 906.
		nach 5 Wochen.		An Collaps gestorben.				British medic. Journal. 1881V. 19. The Lancet 1881.
	2 zeitig.		1	Starb an Kachexie und Gangraena pulmonum.	Per fistulam über einem Monat lang.			Britisch medic. Journ. 1881 Nr. 19. The Lancet 1881.
		nach 5 Wochen.		An Nephritis zu Grunde gegangen.	Häufig und in kleinen Mengen.	Elastisches Rohr.		Güy's Hospital-Reporter1879. London.
		nach 20 Stund.		Starb an Inanition.				Centralblatt für Chirurgie. 1880, Nr. 26, pag. 425.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
63.	Th. Escher 18 20/II. 80 Triest.	F. Handelskapitän. 56 Jahre.	Absolute Strictur auf d. Höhe der Cardia.	Seit dem Spätherbste 1879 Schlingbeschwerden. Vom 11./I. bis 16./II fortgesetzte Sondenfütterung, seitdem absolute Undurchgängigkeit des Oesoph. Ructationen.		Mann v. bedeutender Grösse und Körperkraft. Sehr abgemagert.	Narkose.	Schnitt 8 Ctm. lang nach Fenger. Magen mit Hakenpincette gefasst, durch 2 Acupressurnadeln fixirt; 12 Nähte. Listerscher Verband. 25./II. 2. Akt. Arterielle Blutung gestillt (Paquelin).
64.	Th. Bryant 18 11/III. 80 London.	Mann 60 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Schlingbeschwerden seit 11 Monaten. Seit 1 Monat nur flüssige Nahrung. Seit dem 6.III. Nährklysmen. Sondirung am 26/II. constatirte noch permeable Strictur. Abscess über linker Clavicula gespalten.			Narkose.	Schnitt 3 Zoll lang, längs dem linken Rippenbogen. Magenschnitt 1/8 engl. Zoll lang.
65.	Carl Elias 18 23/V. 80 Breslau.	Peterek Restaurateur 46 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel.	Im Mai 79 zuerst Schlingbeschwerden. Seit XI. keine feste Nahrung mehr; Schmerz in Kreuz u. Schulter. Seit I. Heiserkeit, Bronchialkatarrh. Vom II. Katheterisation. Vom 21./V. Oesoph. ganz undurchgängig.	22./V.	Ausgesprochene Kachexie.	Tiefe Narkose.	Subtil antiseptisch ohne Spray. Schnitt modificirt nach Fenger; erst 4 Ctm. lang in der Höhe der 8. Rippe beginnend, dann wurde die Bauchdeckenwunde noch um 3 Ctm. verlängert (nach unten). Fixation des Magens mit Carlsbader Nadeln.
66.	N. A. Weljaminow 18 8/VII. 80 Petersburg.	Anna Iwannowa Bäuerin 58 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Schlingbeschwerden seit 1 Jahre, die sich bis zu der seit dem 1./VII. bestehenden Aphagie steigern. Sondirung erfolglos.	19./VI.	Kachectisch.		Schnitt nach Fenger; Mucosa angenäht. Magenfistel 1½ Ctm. gross.
67.	Lücke 18 9/VII. 80 Strassburg.	Mann 66 Jahre.	Carcinom.	Seit 6 Monaten nur flüssige Speisen. Erbrechen. Starker Husten.	5./VII.	Starke Abmagerung. Kräfteverfall. Impermeable Strictur im oberen Drittel.	Chlf.	Schnitt 3½ engl. Zoll lang, dem linken Rippenrande parallel. Magen durch Catgutnähte fixirt.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang Tod.	Ausgang Heilung.	Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
nach 5 Tagen.	nach 4 Monaten.			Fieber- u. schmerzfrei. Der Verlauf wird durch den Magenausfluss und die starke Retraction des Magens gestört. Starb nach 4 Monaten und 3 Tagen.	Zweistündlich Klysmen v. Wein und Pepton. Dreistündlich Milch oder Bouillon mit Ei. Nach dem 26./II. wachsendeMengen flüssiger Nahrung.	Langenbeck'scher Obturator liess sich nicht anlegen. Escher'scher Apparat.	Faserkrebs von $1^1/_2$ Faustgrösse an der Cardia, der Oesoph. nahm etwa 4 Ctm. lang daran teil und war so ganz abgeschlossen. Das Carcinom verbreitete sich in der oberen Magenwand bis zur Milz hin, die auch afficirt war. Kleiner oberflächlicher Knoten im linken Leberlappen, sonst die Organe gesund.	Centralblatt für Chirurgie. 1880, Nr. 39, pag. 625.
nach 5 Tagen.	nach 60 Tagen.			Im ersten Monate rapides Steigen der Kräfte. Stirbt nach 2 Monaten an Metastasen.	Fütterung per fistulam alle 2—4 Stunden mit Milch, Ei u. Branntwein.	Elastisches Bougie.	Verbreitung des Carcinoms auf Lungen, Larynx, Leber und Mediastinaldrüsen.	The Laucet 1881, Nr. 6, pag. 572. Vitringa, pag. 57.
am 5. Tage.			1	Am 3. Tage erster Verbandwechsel, an dem Tage geht Pat. auf ein anderes Bett. Am 12. Tage fährt er aus und steigt 3 Treppen. Durst nach der Operat. erträglich; wird durch Kauen u. wieder Ausspeien gestillt.	Bis zum 2. Akt nur Leube'sche u. Bouillon-Eiklystiere. Nach d. 2. Akte 3 stündlich 1 Tasse Bouillon mit Eigelb und 2 Glas Ungarwein. 29. zuerst Fleisch. Seit dem 31. zweistündlich grosse Tassen Milch, 2 Mal täglich Bouillon mit Ei u. Wein, Gries, Reis, Sago. Mittags 50 — 80 Grm. gebratenes Fleisch.	Gummidrainrohr v. 1 Ct. Durchmesser mit kl. Unterbindungspincette geschlossen. Später soll ein Hartgummiobturator angewandt werden.		Deutsche medic. Wochenschrift1880 VI. Jahrgang, p. 329. Wratsch Nr. 32, pag. 530.
1	am 8. Tage.			Entfernung d. Nähte am 4., 5. und 6. Tage. Magenausfluss. Hautnecrose zwischen d. Nahtstellen. Pneumonia hypostatica.	Fütterung per fist. wird erst am 2. Tage begonnen.	Fistel durch Tampon verschlossen.	Starker Gastrointestinalkatarrh. Alte pneumonische Herde. Keine Peritonitis. Hypostase.	Chirurgitscheskу Westnik. 1885, pag. 366.
am folgenden Tage.	nach 3 Tagen.			Erste Nacht gut. Nach Fistelanlage Schmerz im Unterleibe; seitdem Husten. Temperatursteigerung.	Bouillon, Branntwein, ein Ei. Vom 2. Tage kaut Pat. d. Speise erst.	Elastisches Bougie.	Perforation des Oesophaguscarcinoms in Trachea. Peritonitis purulenta. Magen v. Bauchwand gelösst, so dass die Sonde in die Bauchhöhle eindringt.	Med. Times and Gazette. 1880, 14. Aug. II, pag. 187. Virchow-Hirsch. XV, pag. 410. Vitringa p. 59.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
68.	G. Buchanan 18 27/x. 80 Glasgow.	Mann 60 Jahre.	Carcinom.	Schon 8 Monate lang Schlingbeschwerden, seit 4 Monaten nur Flüssiges. Einen Monat vor d. Operation war eine impermeable Oesophagusstrictur constatirt.				Schnitt 1½ Zoll lang, nach Fenger. Magen mit Zange erfasst, durch Acupuncturnadeln fixirt. Kreuzschnitt in den Magen, d. grössere davon 1 Zoll lang.
69.	Volkmann 18 19/xi. 80 Halle.	Louis Ille Fuhrmann 48 Jahre.	Carcinom.	Seit dem Pfingstfest Schlingbeschwerden, seitdem nur flüssige Nahrung noch durchgängig.	19./XI.	Strictur für Flüssigkeiten wieder durchgängig.		8 Ctm. langer Schnitt nach Fenger. Teils tiefe durch die ganze Magenwand gehende, teils oberflächliche Nähte angelegt.
70.	Golding Bird 18 26/xii. 80 London.	Mann 51 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit einem Jahre Schlingbeschwerden, seit 8 Monaten zuletzt feste Nahrung genossen.		Sehr abgezehrt, die Kräfte schwinden sichtlich. Seit 6 Wochen fast nur auf Nährklysmen angewiesen.		Schnitt nach Fenger, 2 Zoll lang.
71.	Anger Anfang 1880.	Mann 42 Jahre.	Carcinom.	Der Vater starb an Cancer oesoph., die Schwester an Canc. uteri. Vor 4 Monaten zuerst Schlingbeschwerden, die rasch zunahmen, dass seit 8 Tagen nichts mehr durchgeht.		Sehr abgemagert. Elastische Sonde passirt noch 2 Stricturen.		Schnitt 1 Ctm. vom Rippenrande. Magen- u. Bauchwunde mit Silberdraht vernäht.
72.	Nicholson 1880.	Mann 69 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.					Operation nach Bryant.
73.	H. Tillmanns 18 10/ii. 81 Leipzig.	Weib 52 Jahre.	Carcinoma oesophagi.					Kreuzschnitt in den Magen; d. vier Wundlappen an Bauchwand festgenäht.
74.	E. Albert 18 16/ii. 81 Innsbruck.	F. A. Mann 69 Jahre.	Carcinom in der Höhe der oberen Thoraxapertur.	Leidet seit 5 Monaten an stets zunehmender Schluckbehinderung, an Drüsentumoren rechts vom Kehlkopfe. Seit 3 Monaten heiser. In letzter Zeit konnte er Flüssiges auch nur mühsam schlucken.	5./II.	Leicht gelbliche Hautfarbe. Pat. ist sehr robust. Es wird eine auch für dünnste Sonde impermeable Oesophagusstrictur nachgewiesen. Parese des linken Stimmbandes, Stimme klanglos.	Chlf.	Schnitt nach Fenger erst 6 Ctm. lang, dann auf 12 Ctm. verlängert. Die freiliegende Magenwand ist etwa Kreuzerstück gross. Viele, feine Catgutsuturen. Magen durch Tenotom eröffnet.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		nach 12 Tagen.		Pat. verlässt nach einigen Tagen das Bett. Inanition nimmt stetig zu, es erfolgt nach 12 Tagen d. Tod.	Am 3. Tage per fistulam Milch, Branntwein, später Pepton und Bouillon.	Bougie.	Epitheliom im unteren Drittel des Oesophagus.	The Laucet 1881, V. I, pag. 7. Vitringa p. 62.
	nur 1. Akt ausgeführt.	nach 32 Stund.		Nach der Operation Würgbewegungen, Temperatur sinkt stetig. Tod.			Gleich unter der Kreuzung mit dem linken Bronchus zeigt der Oesoph. ein 5 Ctm. langes, ringförmiges Carcinom. Auf vorderer Magenwand und rechtem Leberlappen schmieriges, schmutzig - braunrothes Exsudat. Keine Metastasen.	Centralblatt für Chirur. 1881. Nr. 3.
	am folgenden Tage.	nach 28 Stund.			Nährklysmen bis zum 2. Akt. Per fistul. Milch und Branntwein.		Ringförmiger Epithelialkrebs im mittleren Drittel des Oesophagus. Keine Peritonitis.	Transact. of the clinic. society of London. V. XV, pag. 33. Vitringa p. 33.
1								Gazette des Hopitaux Nr. 21 pag. 163 1880.
	2 zeitig.	nach 8 Wochen.		Starb nach acht (8) Wochen.				Jahresbericht v. Virchow - Hirsch 1881 II.
1		am 1. Tage.		Collaps.			Keine Peritonitis.	Berl. klin. Wochenschrift 1882 Nr. 34 pag. 541. „Ueber die chirurgischen Operationen am Magen".
	am 8. Tage.	nach 3½ Monaten.		Husten. Rasselgeräusche rechts. Anfangs leichte Fieberbewegungen. 7/III. Wunde geheilt. 7/IV. Aus Behandlung entlassen.	Ernährungsklysmen = Fleischpancreas. Per os Eispillen, dann Weinsuppe und Milch. 3 mal täglich per fistel. Fleischbrühe, Milch, Wein.	Hartgummikanüle.	Nach eingezogenen Nachrichten zu Hause förmlich verhungert gestorben am 13/V. 81.	Wiener med. Blätter 1882 Nr. 15 „Ueber Gastrostomie". C. Maydl.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
75.	Kolomnin 18 10/III. 81 Petersburg.	Alexis Jerofejew, verabschiedeterUnteroffizier 54 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel, 27 Ctm. von den Schneidezähnen.	Seit 5 Monaten Schlingbeschwerden, seit 2 Monaten geht nur Flüssiges durch. Heftiger Husten. Kathéterisme appuyé. Ernährungsklysmen, dünnflüssige Nahrung.	3./III.	Sehr schwach. Facies hippocratica. Dämpfung hinten. Rhonchi. Arteriosclerose. Regurgitation.	Chlf.	Schnitt 6 Ctm. lang nach Fenger. Serosa d. Magens mit Peritoneum parietale vernäht, Mucosa mit Bauchdecke. Magenschnitt 4 Ctm. lang.
76.	Morris 18 19/III. 81 London.	Mann 60 Jahre.	Carcinom auf der Höhe des 8. Brustwirbels.	Schlingbeschwerden seit 9 Monaten. Seit 9 Tagen geht nichts mehr durch. Nährklysmen. Per os Bouillon.	10./III.	In der Höhe d. Cartil. cricoid. impermeable Strictur.	Chlf. und Aether.	Schnitt in der linea semilunaris, 3 engl. Zoll lang. Magen mit Zange gefasst. Magenschnitt 1½ Zoll lang.
77.	Lauenstein 18 7/V. 81 Hamburg.	Weib 62 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Seit Ende 1880 Geschwulst links am Halse. Vom 9/III. war nur Flüssiges schluckbar. Bis zum 14/IV. wurde Pat. mit Condurango und Sonden behandelt.	Mai 81.	Strictur f. dünne Sonde noch durchgängig. Aeusserste Abmagerung. Gänseeigrosser Tumor drängt den Kehlkopf nach vorn. Heiser. Laryngoscopie ergiebt kraterförmiges Geschwür hinter Larynx. Starker Durst; einzelne Rhonchi.	Chlf.	Schnitt 12 Ctm. lang, nach Fenger. Seidensuturen. Magenwunde an Bauchdecken genäht.
78.	N. A. Weljaminow. 18 29/V. 81 Petersburg.	Ilja Rakadkin, ausgedienter Soldat 52 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.		25./V.	27/V. gehen keine Sonden mehr durch. 28/V. auch keine Flüssigkeit mehr.	Chlf.	Schnitt in linea alba.
79.	G. Tiling 18 2/VI. 81 Petersburg.	Mann 57 Jahre.	Carcinoma oesophagi über Cardia.	Vor 1½ Monaten zuerst Schlingbeschwerden, seit 2 Wochen Erbrechen nach Nahrungsaufnahme. Zwei Tage lang 30/V. und 1/VI. Sondirung und Nährklystiere.	30./V.	Geht noch umher, sehr kachectisch. Am Operationstage sehr collabirt; Puls matt, klein, weich.		Schnitt nach Fenger. Magen mit Häkchen gefasst. Magenschleimhaut mit Bauchwand vernäht. Magenschnitt 3 Ctm. lang.
80.	Mac. Gill 18 6/VII. 81 London.	Weib 66 Jahre.	Carcinom im obersten Teile d. Oesophagus.	Beschwerden seit 12 Monaten.	4./VII.	Strictur impermeabel.	-	2 Zoll langer Schnitt von der linea semilunaris aus.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		nach 22 Stund.		Constanter Magenausfluss. Kein Hunger und Durst. Trotz Excitantia tritt Nachmittags Somnolenz ein. Tod.	Bei der Operat. $^1/_2$ Glas Fleischsaft, 1 Unze Xeres, wird nicht retenirt. Darauf alle 1—1$^1/_2$ Stunden 4—5 Löffel Milch.	Nicht angegeben.	Epithelialkrebs ringförmig bis 1$^1/_2$ Ctm. dick, 3—4 Ctm. lang. exulcerirt. Oberhalb desselben Dilatation d. Oesophagus. Linke Lunge pneumonisch durchsetzt. Anaemie, Arteriosclerosis. Fistel näher zur Curvatura major hin.	Morosow. Diss. Ptbg. 1887. l. c.
1		am 5. Tage.		Magenausfluss. Eiter in d. Nahtstellen. Schwäche nimmt zu. Stirbt an Collaps.	Nährklysmen. 3 Tage nach der Operation weiches Ei, Fleisch.		Keine Peritonitis.	Transact. of the clin. Society of London V. XV p. 39.
1		nach 4 Wochen.		Am 6 Tage Strictur geringer. 18./V. Tumor am Halse. 19./V. Spaltung desselben (zerfallene Drüse). Magenausfluss. 4./VI. cyanotisch. Coma. Um 11 Uhr morgens stirbt er.	Gleich nach der Operat. Portwein. Abends warme Milch, Ei, Zwieback. Nährklysmen werden nicht gehalten (Alter Dammriss). Darauf Bouillon mit Ei, Beefsteak.	Konisches Gummirohr, später Drainrohr mit Quetschhahn.	5$^1/_2$ Ctm. grosses Ulcus an vorderer Pharynxgegend 6 Ctm. nach abwärts reichend. Der Boden desselben ist mit grauweissen „Strippchen" besetzt, die sich auch im Anfange des Oesoph. finden. Lungen beiderseits verwachsen, untere Lappen von Herden durchsetzt. Fistel Markstückgross, gut verwachsen.	Langenbeck's Archiv für klin. Chirurg. 1882 XXVIII V. II pag. 412 „Zur Casuistik der Magenerkrankungen"
1		am 3. Tage.		Magenausfluss. Trotz Fütterung zunehmende Schwäche. Tod.	Ausfluss d. Mageninhaltes. Gleich nach der Operation Milch u. Wein. „Weitere Versuche blieben fruchtlos."	Katheter.	Zarte Verklebung zwischen Magen- u. Bauchwand. Keine Peritonitis. Fistel mehr zum Pylorus hin.	Chirurgitscheskij Wjestnik 1885 pag. 366.
1		nach 9 Stund.		Während und nach d. Operation Moschus, Xeres. Hunger- und Durstgefühl schon am Abend abgeschwächt. Kräfte sinken constant. Stirbt.	Milch, Xeres, Ei, Kampher. Abends noch einmal dasselbe.	Katheter.	5 Ctm. über Cardia in einer Ausdehnung von fast 5 Ctm. ist d. Oesoph. von nicht ulcerirtem Carcinom ergriffen; nur ein kleiner Streifen bleibt frei. Der Magen hat leicht angedeutete Sanduhrform. Metastasen nirgend.	St. Petersburger med. Wochenschr. 1881 No. 49.
	am 4. Tage.		1	5 Wochen nach d. Operation Tracheotomie wegen Dyspnoe, (Druck des Tumors auf Trachea). Nach 4 Monaten wiedergesehen.	Nährsuppositoria und Sondenfütterung. Fütterung mit 4 Unzen Milch u. Ei. Peptonisirte Milch.	Weicher Katheter. Elastische Trachealkanüle mit Glastrichter.		Vitringa p. 70. The British. med. Journal 1881 pag. 709 und 710 „A successful case of Gastrostomy". Langenbeck's Archiv XXVIII pag. 411.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
81.	Golding Bird 18 26/VII. 81 London.	Mann 60 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Seit 5 Monaten Schlingbeschwerden und Schmerz hinter dem Sternum. Seit 2 Monaten nur flüssige meist regurgitirte Nahrung. Nährklystiere.		Patient ist sehr schwach.		Verticalschnitt am äusseren Recrande.
82.	Wilhelm Schelkly 18 7/VIII. 81 Surinam.	Ferdinand H. Aufseher in Goldminen 59 Jahre.	Carcinom dicht über Cardia.	Seit Febr. 81. Sondenbehandlung. Gegen Schmerzanfälle 0,01 Morphium zweimal täglich.	V.	Sehr kachectisch, nur noch flüssige Nahrung. Vom Mai bis August passirte d. kleinste Oesophagussonde nur zweimal.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Magen mit Kornzange gefasst. Mucosa umnäht.
83.	E. Albert 18 21/VIII. 81 Wien.	Johann P. Tagelöhner 42 Jahre.	Carcinom 24 Ctm. hinter d. Schneidezähnen.	Seit 3 Jahren Beschwerden, die stetig zunehmen. Jetzt auch flüssige Nahrung nur mühsam.	12./VIII.	Sonde Nr. 10, passirt die Strictur nicht mehr.	Chlf.	Schnitt 5 Ctm. nach Fenger. Vernähung der Serosa mit Periton. parietale. Mageneröffnung mit Thermocauter.
84.	E. Albert 18 29/VIII. 81 Wien.	Johann W. Bindergehilfe. 57 Jahre.	Strictur in Gegend d. Cardia.	Begann vor 3 Monaten mit Paraesthesien des Oesoph. Seit Juni geht nur zerkleinerte Nahrung durch; Schlingbeschwerden steigern sich rasch.	16./VIII.	Sehr abgemagert. Sonde Nr. 2 geht noch durch.		Schnitt 4 Ctm. lang nach Fenger. Zwei Leitsuturen durch d. Magen, der mit Catgut eingenäht wird. Magen mit Thermocauter eröffnet.
85.	Golding Bird 18 30/VIII. 81 London.	Mann 44 Jahre.	Carcinom auf der Höhe der Bifurcation der Trachea. Zweites an d. Cardia.	Schlingbeschwerden seit 4 Monaten, seit 3 Monaten nichts Festes mehr.		Patient ist sehr geschwächt.		Operat. mit Verticalschnitt wie alle dieses Autors.
86.	Mikulicz 18 4/IX. 81 Wien.	Tschenkowki Feiwel 48 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit einem Jahre Appetitlosigkeit; seit 4 Monaten kann er sich einstellenden Erbrechens wegen nichts Festes geniessen. Seit 4 Wochen auch Flüssigkeit selten ohne Erbrechen.		Flüssigkeit geht in geringer Menge durch. Pat. ist sehr abgezehrt, elend. Dünne Bougies (Nr. 11) passiren nicht.		Schnitt 8 Ctm. lang, nach Fenger. Mucosa angenäht. Acupuncturnadel durchgeführt.
87.	Reeves 18 8/IX. 81.	Weib 33 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Schlingbeschwerden seit 10 Mon., Schmerz in der Schilddrüse.	Anfang Juli.	Husten, sehr schwach. Strictur selbst in Narkose impermeabel.		Schiefer Schnitt.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang Tod.	Ausgang Heilung.	Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
	nach 42 Stund.	nach 54 Stund.		Schwäche nimmt zu.	Nährklysmen. Gleich nach Fistelanlage Fütterung.		Ringförmiges Carcinom in der Höhe der Cartil. cricoidea. Metastasen in Lunge und Mediastinaldrüsen.	Transact. of the clin. Society of London t. XV. p. 35. Vitringa p. 71.
1		nach 29 Tagen.		Durstgefühl sehr heftig, so dass am 29/VIII. die Strictur vom Magen aus bougirt wird. 2/IX. Verweilsonde in der Strictur. Tod am 6/IX. 18.	Mehrere Male täglich gehacktes Fleisch, Milch, Milchpunsch. Viel Wasser 29./VIII. seitdem flüssige Nahrung per os.	Nicht angegeben.	Ringförmiges Carcinom dicht über Cardia, darüber grosser Divertikel. Metastasen nirgend. Fistel inmitten d. Vorderwand.	Wiener med. Wochenschrift 1882 Nr. 36. pag. 1080 und 1104.
	am 21. Tage.		1	Magenausfluss. Gewichtsabnahme. 13/X. Entlassung in die Heimath. Briefliche Anfragen unbeantwortet.	Bis zum 25/VIII. nur Nährklysmen dann per os: Wein, Milch. Am 13/IX. per fist. Fleischbouillon, ½ Kilo gehacktes Fleisch, Eier.	Drain, das 2 mal durch dickere vertauscht wird. Hartkautschukkanüle schliesst nicht.		Wiener med. Blätter 1882 NNr. 15 bis 22.
	nach 2 Wochen.	nach 6 Monaten.		Reactionslos. Am 4. Tage Entfernung der Nähte; Ernährung per fistul. Vom 10/X.—12/XI. nimmt das Körpergewicht zu und wird Pat. 12/XI. entlassen. Stirbt 4 Monate später.	Fleischklystiere. Per os in kleinen Mengen Milch und Wein. Vom 19/IX. an regelmässige Fütterung per fistul.	Drainrohr wird besser vertragen als Kautschukkanüle mit Platten und elastischen Zügen.	Der Tod erfolgte plötzlich an Blutung aus der Fistel.	Wiener med. Blätter Nr. 16 p. 491. 1882.
	nach 72 Stund.	nach 6 Tagen.		Katheter geräht nach einigen Tagen zwischen Magen- und Bauchwand. Peritonitis.	Nahrung gleich nach Operation.	Katheter.	Epitheliom auf d. Höhe der Bifurcation, ein zweites nahe der Cardia. Nahrungsmittel in der Peritonealhöhle. Peritonitis.	Transact. of the clin. Society of London V. XV p. 35. Vitringa p. 74.
	am 2. Tage.	nach 6 Wochen.		Geringer Magenausfluss. Starb nach 6 Wochen an Pneumonia crouposa.	5/IX. durch Dieulafoy'schen Aspirationstrocart mit Milch, Rum, Thee gefüttert. Nach dem 2. Akt Milch, Thee, Weinsuppe; später Fleischpurrée und Ei.	Drain mit Klemmer.	Carcinom über Cardia; Pneumonia crouposa. Magen u. Bauchwand fest verwachsen.	Victor v. Hacker „Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik 1880 bis 1885". Wien 1886.
	nur 1 Akt ausgeführt.	nach 32 Stund.		Starb an Peritonitis.			Peritonitis.	Transact. of the clin. Society of London. V. XV, pag. 26.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
88.	P. Rupprecht 18 $^{9}/_{IX}$. 81.	Hartmann Beamter 52 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit 1 Jahre einseitige Stimmbandlähmung, seit $^{3}/_{4}$ Jahren zunehmende Schlingbeschwerden. Seit 18./VIII. häufiger quälender Husten, eitriger Auswurf, Fieber, Dyspnoe. Wiederholte Sondirung und Dilatation. 25./VIII. wegen Fremdkörperpneumonie Gastrostomie versagt.	18./VIII.	Ziemlich robust. Dämpfung in d. Höhe der linken Scapula, Kurzatmigkeit, Cyanose. Sonde stösst im oberen Drittel auf impermeable Strictur.		Schnitt 7 Ctm. lang, nach Fenger; Nähte aus gekochter Seide. Magen mit Hackenpincette gefasst und mit Nadeln durchstochen. Peritoneum umsäumt. Magenschnitt 1 Ctm. lang.
89.	E. Albert. 18 $^{26}/_{IX}$. 81 Wien.	Franz E. Tagelöhner. 30 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit Weihnachten 80 Schlingbeschwerden, die stetig zunehmen, so dass jetzt nur Flüssigkeiten mühsam passiren.	24./IX.	Ziemlich robust, noch gut ernährt. Strictur impermeabel.		Schnitt 3 Ctm. lang, nach Fenger, wird verlängert.
90.	Sklifassowski 18 $^{3}/_{X}$. 81 Moskau.	Ilja Jakowlew 44 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel, $33^{1}/_{2}$ Ctm. hinter d. Schneidezähnen.	Seit etwa 1 Jahre Schlingbeschwerden, die zunehmen. Seit 25./IX. geht nichts mehr durch.	30./IX.	Vergrösserte Halsdrüsen. Starker Durst. Herztöne schwach. Sputa leicht mit Blut gefärbt. Seit 9 Tagen nichts genossen.		Schnitt 7—8 Ct. lang. Magen mit Kornzange herangezogen. Magen sofort eröffnet.
91.	Mac Gill 18 $^{4}/_{X}$. 81 London.	Weib 56 Jahre.	Carcinoma impermeabile oesophagi.	Seit 3 Monaten Schlingbeschwerden.				Schiefer Schnitt $1^{1}/_{2}$ Zoll lang. Magenschnitt $^{1}/_{2}$ engl. Zoll lang.
92.	A. Knie 18 $^{11}/_{X}$. 81 Moskau.	S. Kaufmann. 62 Jahre.	Carcinoma oesophagi, 36 Ctm. von den Schneidezähnen.	Seit einem Jahre Schlingbeschwerden, schon 4 Tage geht nichts mehr durch. Erbrechen des Verschluckten mit Beimischung stinkenden Schleims und Blutes. Sondirung.		Sehr mager und erschöpft, Panniculus adiposus fast ganz verschwunden. Icterische Färbung der Hautdecken. Gewicht 112 Pfd. Marternder Durst. Bronchialkatarrh. Emphysem.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Umsäumung des Peritoneums. 13./X. Fistelanlage mit ganz kleiner Oeffnung.
93.	O. Kapeller 18 $^{24}/_{X}$. 81.	Konrad Schönbolzer 69 Jahre.	Carcinom 6 Ct. über Cardia.	Potator. Seit 4 Mon. Schlingbeschwerden; Regurgitiren, Schleimabsonderung.	14./X.	Starke Abmagerung, mässiges Emphysem. Halsdrüsen etwas geschwellt. Foetor ex ore. Sondirung hat Erfolg, ist aber schmerzhaft. Vom 20./X. passirt nichts.		Schnitt 8—10 Ct. lang nach Fenger. Catgutnaht. Magenschnitt gross genug zur Einführung eines fingerdick. Drains.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
	nach ca. 8 Stund.	nach 12 Stund.		Abends Unruhe, Fieber, heftiger Hunger. Keine Druckempfindlichkeit des Bauches. Unruhe steigt. Puls jagend. In d. Nacht stirbt Patient.	1. Fütterung 200 Grm. starke Bouillon und 30 Grm. Portwein. 2. Fütterung mit Milch.	Dickes Gummirohr.	8 Ctm. langes, ringförmiges Carcinom am Uebergang vom oberen in's mittlere Drittel. Darunter jauchige Caverne mit Perforation in Trachea. Eitrige Pleuritis zwischen linken Mittel- und Oberlappen. Eiterhöhle mit Pleura u. Bronchus communicirend. Keine Peritonitis.	Langenbeck's Archiv XXXIX, 5, pag. 177. P. Rupprecht, „Zur Casuistik der Magenoperationen".
	nur 1 Akt ausgeführt.	am 5. Tage.		Singultus mit blutigem Schleim. Unterleib schmerzhaft. Starb am 5. Tage an Peritonitis.	Nährklysma.		Carcinoma exulcerans über Cardia. Peritonitis universalis mit Eiter in abgesackten Herden.	Wiener medicin. Blätter Nr. 16, p. 492. 1882.
1		am Tage darauf.		Nach der Operation gleich gefüttert — überhaupt 3 Mal.	Nährklysmen. Nach Operation alle halbe Stunde Fleischsaft mit Wein, Wasser per fistulam.	Drain.	Oesophaguscarcinom. Peritonealhöhle ganz isolirt; keine Peritonitis.	Ottschot chirurgitscheskoi Kliniki Prof. Sklifassowsk 1880—84.
	am 4. Tage.	am 11. Tage.		Die ersten 4 Tage fühlt Pat. sich wohl. Leibschmerzen nur bei Fütterung per fist. Zunehmende Schwäche.	Nährklystiere u. Nährsuppositoria. Fütterung per fistulam.		Carcinom. Magenwand fest an Bauchwand adhärirend. Keine Peritonitis. Fistel 1 Zoll über Curvatura major und 3½ Zoll vom Pylorus.	The Lancet. 1881 XII, pag. 3.
	am 2. Tage.	am 3. Tage.		Nach d. Erwachen aus der Narkose bald wieder Uebelkeit und Erbrechen. Leib nicht schmerzhaft. Bewusstsein klar. Zunehmende Schwäche.			Section leider oberflächlich: Die kleine Kugelsonde passirt d. Strictur kaum. Unter derselben Perforation in den linken Bronchus. Keine Peritonitis.	A. D. Knie l. c.
	nach 4 Tagen.	über 4 Wochen.		Nach Operation Brechneigung. Ructus schmerzhaft. 28./X. Verbandwechsel und 2. Akt. Magenausfluss und grosse Schwäche bis zum 31./X. Vom 6./XI. ausser Bett. 16./XI. foetide Sputa 21./XI.	Fleischpancreasklystiere, dann per os Wein u. Milch. Per fistul. ½—1 Schoppen Wein, Milch 2 stündlich. Vom 31./X. Milch, gewiegtes Fleisch, Pancreaspräparat, 4—6 Eier. Vom 2./XI. dreimal täglich Fleisch,	Dicker Drain mit Kautschukplatte und Klemmer. Mit Hirschleder bezogenes Rectalspeculum. Apparat v. Huber.	Carcin. exulcer. ringförmig von 14 Ct. unter Kehlkopfcommissur bis 6 Ctm. über Cardia. Perforation des Oesophagus in die rechte Lunge. Anaemie aller Organe. Pneumonie; in rechter Lunge Abscedirung von Erbsen- bis Bohnengrösse. Retroperitoneal- und	Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1882. XVII, 2, pag. 127. „Gastrotomie bei impermeabler carcinöser Strictur des Oesophagus".

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
						Fleischpancreas-Klystiere.		
94.	E. Anders 18 24/x. 81 Petersburg.	M. W. Weib 37 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Schlingbeschwerden seit ½ Jahre, vom August nur flüssige Nahrung. Schlundsonde von Nr. 10 bis Nr. 15. Am 24./X. geht nichts mehr durch.	24./X.	Gracil gebaut; hochgradig reducirt.		Schnitt 6—7 Ct. lang, nach Fenger. Magen m. scharfen Hacken gefasst. 2. Nahtreihe um Magen u. Bauchwand.
95.	Marschall 18 29/x. 81.	Mann 63 Jahre.	Carcinom.	Schlingbeschwerden seit 3 Monaten.	22./X.	Strictur in der Höhe der Cartil cricoid. noch permeabel.		Spray, Antisepsis. Schnitt nach Fenger, 3 Zoll lang. 2 Reihen Nähte. Magenfistel eben gross genug für Trachealkanüle.
96.	Davies-Colley vom Nov. 1881.		Carcinoma oesophagi.					Operation nach Howse.
97.	E. Albert 18 18/xi. 81 Wien.	Weib 30 Jahre.	Carcinoma oesophagi.			Pat. kann auch Flüssiges nicht mehr schlucken.		Operation nach Howse.
98.	E. Albert 18 2/xii. 81 Wien.	Franz H. Zimmermann 43 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel, 24 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Aus gesunder Familie. Vor 4 Monaten blieb plötzlich 1 Stück Fleisch stecken, seitdem Schlingbeschwerden. Seit 1 Monat nur flüssige Nahrung. Seit einigen Wochen Husten, fötider Auswurf. Seit mehreren Tagen passirt nichts mehr.	16./XI.	Husten, stinkende eitrige Sputa. Beiderseitige Spitzenaffection. Körpergewicht 53,5 Kilo.		Schnitt nach Fenger. Mageneröffnung durch Thermocauter.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
				Sputa Diarrhoe. Atemnoth. 21./XI. Tod.	Eier, Zwieback, Wein. Per os Wasser, Wein. Vom 6./XI. 1½ Pfd. Fleisch, 6 Eier, 4 Schoppen Milch. Milch, Xeres. Nährklysmen. Die ersten zwei Tage Eisstückchen per os.		Mesenterialdrüsen metastatisch. Keine Peritonitis.	
1		nach 3 Tagen 20 Stund.		Gleich nach Operation Collaps (Moschus). Magenausfluss, der bis zum Tode dauert. Die ersten 2 Tage starker Durst Leichte Schmerzen.	Milch, Xeres. Nährklysmen. Die ersten zwei Tage Eisstückchen per os.		30 Ct. unter Trachealbifurcation ringförmiges Carcinom v. 3 Ct. Höhe, Dicke 0,5—1 Ctm. Dahinterliegende Lymphdrüsen afficirt. Eitrige Infiltration der Bauchdecken (Rectus, Transversus) auf Diaphragma übergehend. Frische Peritonitis der Därme.	St. Petersburger medicin. Wochenschrift (Separatabdruck) 1882.
	am 5. Tage.	am 13. Tage.		Excoriationen durch Magenausfluss, Schlucken freier. Am 10. Tage hohe Temperatur, Orthopnoe, Rhonchi. Am 13. Tage stirbt Patient.	Nährklysma. 2 Tage nach Anlage der Fistel erste Fütterung per fistulam.		Carcinom 1 Zoll unter Cart. cricoid. 1 Zoll lang. Hypostatische Pneumonie, Bronchopneumonie. Fistel am Pylorus. Tod durch Inanition und Lungenprocess.	The Brit. med. Journal, 1882, V. I, pag. 528. Vitringa p. 82.
	2 zeitig.	starb.		Starb an Gangraenae pulmonum.				The Lancet 1881 XI 19. Vitringa p. 77.
	2 zeitig.		1	Nach der Operation stellte das Schluckvermögen sich wieder her. Nach 8 Monaten noch am Leben.				The Lancet 1881 XI 19. Vitringa p. 77.
	am 8. Tage.	nach 2½ Monaten.		Fieberlos. Am ersten Tage grosse Unruhe. Nach 14 Tagen verlässt er das Bett. Gewicht auf 48,5 Kilo gesunken. Darauf bleibt es constant bis zum 20/I. Nach dieser Zeit Sinken des Körpergewichts, Wachsen der Atembeschwerden, der Schwäche. Tod an 30/I. 82.	Nährklysmen. Per os in kleinen Mengen Milch und Wein. Vom 2. Akt an täglich zwei Male Einspritzung von je ½ Kilo gehackten rohen Fleisches, Eiern und Fleischbrühe.	Drain.	7 Ctm. langes Carcinom unter Aditus ad laryngem. Lumen nur für Rabenfederkiel passirbar. Unterhalb noch mehrere Knoten. Mediastinaldrüsen infiltrirt. In linker Lungenspitze Caverne, rechter unterer Lappen graurot hepatisirt. Magen mit Bauchwand fest vernäht.	Wiener med. Blätter 1882 NNr. 15 bis 22. C. Maydl.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name nnd Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
99.	E. Albert 18 2/XII. 81 Wien.	Anders H. Uhrmacher 56 Jahre.	Scirrhus auf der Höhe der Cartil. cricoid.	Schlingbeschwerden seit ½ Jahre. Seit 4 Wochen Flüssigkeit nur mühsam schluckbar.	aus d. internen Abtheilung.	Potator. Cyanose des Gesichts. Expirationsluft foetid. Gewicht 52,8 Kilo.		Schnitt nach Fenger.
100.	Th. Bryarit 18 3/XII. 81 London.	Mann 65 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit Monaten konnte Patient ausser Milch nichts geniessen.		Noch ist Strictur für Flüssigkeit durchgängig.	Bichloride of Methylene.	Carbolspray. Schnitt nach Fenger, 3 Zoll lang. Magenschnitt ½ engl. Zoll.
101.	Croly 18 27/XII. 81 Dublin.	Mann 60 Jahre.	Carcinom.	Dilatationsversuche blieben erfolglos.				Schnitt 1 Ctm. vom Rippenrande. Mucosa des Magens mit Haut vernäht.
102.	C. Maydl 18 28/XII. 81 Wien.	Sch. A. Mann 56 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Im Mannesalter Pneumonie und Pleuritis durchgemacht. Schlingbeschwerden seit mehr als einem Monat. Seit 10/XII. geweichte und flüssige Nahrung nur mühsam.	16. XII.	Strictur für Sonden aller Stärken impermeabel.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Hartkautschukkanüle in Magenöffnung eingebunden.
103.	Rosatti 1881.							
104.	Rosatti 1881.							
105.	P. Peljechin 1881 Petersburg.	Mann 53 Jahre.	Epithelioma oesophagi.			Aeusserster Marasmus. Transfusion von 6 Unzen defibrinirten Blutes in d. Arteria radialis.		Schnitt nach Fenger.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		am 2. Tage.		Rapid wachsende Schwäche. Stirbt an Lungenemphysem.	Fleischklystiere. 2 Spritzen Milch per fistulam.	Kanüle.	Oberflächlich abscedirender Scirrhus auf der Höhe der Cartil. cricoid. Hirnhyperämie. Pachymeningitis chronica. Katarrh und Emphysem d. Lungen, Hypostase. Keine Peritonitis.	Wiener med. Blätter Nr. 16, p. 492. 1882.
	am 8. Tage.		1	Ende Januar geht Patient umher. 5 Monate nach der Operation wurde die Heilung constatirt.	Ernährungsklysmen und Suppositorien, ½ Grm. Morphium. Täglich mehrmals Milch, Branntwein, Ei u. Bouillon per fistulam.	Katheter Nr. 9 Higginson's Syringe.		The Lancet 15/IV. und 6/V. 1882. „A sucussful case of Gastrostomy for cancer of the Oesophagus."
1		nach 24 Stund.					Carcinom an d. Kreuzungsstelle mit dem linken Bronchus.	The British med. Journal V. I pag. 505. 1882.
1		nach 6 Tagen.		Fieber die ersten 2 Tage. Schmerzen im Epigastrium Starker Icterus. Das um Magenkanüle gebundene Magenstück gangränös. Seit 1/I. 82 links hinten unten Hypostase. Empfindlichkeit des Leibes. 3/I. Tod.	Fleischklysmen. Per fistul. Milch.	Hartkautschukkanüle, später Drain.	Carcinoma oesophagi 2 Ctm. lang, 4 Ctm. über Cardia. Gangraen der Magenwand. In Abdominalhöhle 150 Ct. eitrigen Exsudats. Peritoneum stark injicirt. In beiden Lungen pneumonische Herde.	C. Maydl. Wiener med. Blätter 1882 NNr. 15—22.
		am 1. Tage.						Wiener med. Blätter 1882. Nr. 19, pag. 586.
		am 1. Tage.						Ibidem.
	nach 30 Stund.	am 17. Tage.		Klonische Krämpfe. Starb an Kachexie.	Nährklysmen. Per fistul. Eier, Fleisch, Wein.	Kanüle.		Fiedler Dissertation Petersburg 1886.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
106.	S. P. Kolomnin 18 2/I. 82 Petersburg.	Olga Gawrilenko Bürgerin 38 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel des Oesophagus.	Lange Zeit Obstipat. Im März Schmerzen im Epigastrium und Hypochondrium, die ins Schulterblatt ausstrahlen. Im Juni Schlingbeschwerden die im August aussetzten. Seit Anfang September Festes nur mühsam schluckbar. Seit einigen Wochen nur Flüssiges. Regurgitation, zeitweise Singultus, Nährklysmen.	29./XII. 1881.	Sehr abgezehrt. Anämische Herztöne. Beim Schlucken rauschende, mehrfach unterbrochene Töne.	Chlf.	Schnitt nach Fenger, Magen mit Metallnähten fixirt.
107.	A. Knie 18 2/I. 82 Moskau.	O. Mann aus Tula 42 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel, 30 Ctm. v. den Schneidezähnen.	Vor 15 Monaten zuerst Schlingbeschwerden, seit 2 Monaten nichts Festes geniessbar. Milch wird häufig erbrochen. Sondirungen.		Kräftig gebaut, sehr abgemagert. Haut schlaff. Augen eingesunken. Zunge feucht mit Schleimbelag. Icterus. Hunger u. Durst martern ihn.	Chlf.	Operation nach Fenger. Müller'sche Umnähung des Peritoneum.
108.	G. Fowler 18 17/I. 82 Brooklin.	Mann 53 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Seit 7 Monaten Schlingbeschwerden und ziehende Schmerzen im Epigastrium u. linken Hypochondrium.	vor 8 Tagen.	Pat. kann nur wenig und das mit grosser Anstrengung, schlucken. Sonde Nr. 36 passirt nur eben.	Aether Narkose.	Schnitt 7 Ctm. lang. Strenge Antisepsis. Carbolseide Lister-Verband. Magen durch 2 Nadeln fixirt.
109.	Eddowes Mitte. Jan. 1882.	Weib 58 Jahre.	Cancer oesophagi.		1./I.	Sehr mager, Blutspeien. Strictur impermeabel.		Catgutnähte.
110.	Leisrink 18 27/I. 82 Hamburg.	Joachim St. 40 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Vor 3 bis 4 Monat Hinderniss entstanden, rasch zunehmend, bald wird Flüssiges mitunter regurgitirt. Gewichtsabnahme v. 120 auf 103 Pfd.	24./I.	Starke Abmagerung. Kräfte noch gut. Schlundsonde stöst auf impermeabele höckrige Strictur. Die in d. Augen der Sonde sitzenden Gewebsparticelchen Epitheliom. Flüssiges geht noch leicht durch.	Chlf.	Schnitt nach Fenger 6 bis 8 Ctm. lang. Magen mit Kornzange vorgezogen und mit 2 Nadeln fixirt. Magenschnitt 2 Ctm. lang Mucosa nach aussen genäht.
111.	Billroth 18 8/II. 82 Wien.	Franzan Wenzel 52 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Nach langen Verdauungsbeschwerden seit 3/4 Jahr Schluckbehinderung; seitdem nur flüssige Nahrung. In letzter Zeit Regurgitation.		Hochgradig abgemagert, doch kräftig gebaut. Beginnender Decubitus. Strictur selbst f. dünne Sonde impermeabel, scheint an der Cardia zu sitzen.		Schnitt 9 Ctm. lang, nach Fenger. Magen durch 2 Acupuncturnadeln fixirt. Mucosa umnäht.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang Tod.	Ausgang Heilung.	Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
nur 1 Akt ausgeführt.	am 2. Tage.			29/XII. 81 Transfusion von $7^1/_2$ Unzen defibrinirten Blutes. Singultus. Abend Icterus. 2/I. 82. Nach Gastrostomie gleich Transfussion von $4^1/_2$ Unzen. Progressives Collabiren. Aether, Moschus. 4/I. 5 Uhr Morgens Tod.	Leubesche Nährklysmen, Wein.		Carcinoma exulcerans hart über Cardia. Lungen emphysematös, alte Herde. Hirn anaemisch, Seitenventrikel mit serösem Exsudat. Ependym blutdurchtränkt. Magenfistel im Fundus an der Vorderwand.	Morosow Disser. Petersburg 1887.
nach 8 Tagen.	Anfang IX.			Hunger und Durst lässt nach Operation nach. 7. Tag Verbandwechsel u. Nahtentfernung. 8. Tag Mageneröffnung. 11/II. Austritt aus der Klinik.	Vorsichtige Fütterung mit Milch, Wein, Eiern, Zucker. Nährklysmen.		Monatliche Nachrichten. Bis zum VI. Zustand gut Zunahme d. Kräfte. VII. Schmerz u. Schwäche im linken Arm. VIII. Lähmung des Armes. Pat. verfällt. Anfang IX. Tod.	Knie Bericht d. Privatklinik L. C.
am 5. Tage.	am 19. Tage.			Fieberfreier Verlauf. Nur $4^1/_2$ St. p. op. stieg T° bis auf + 103 F. 24 St. später wieder normal. Einige Tage später werden Nährklysmen nicht mehr gehalten und stirbt Pat. unter Collapserscheinungen.			Carcinomatöse Infiltration des Oesophagus von Cartilago cricoidea beginnend 10 Ctm. nach unten. Perforation in d. Trachea in der Höhe d. Bifurcation. Peritonealhöhle rein.	Annales of Anatomy and Surgery 1882. Vol. 6 p. 27. Vitringa p. 87.
am folgenden Tage.	nach 3 Tagen.			Jegliche Nahrung wird bis zur Operation erbrochen. Tod nach 3 Tagen an Collaps.			Strictura carcinomatosa (?) Peritonealblätter verwachsen.	The British med. Journal 1882.
1		nach 12 Tagen.		Geringer Magensaftausfluss. 31/I. Erste Fistelfütterung. Eczem, Husten nehmen beständig zu, ebenso Magenausfluss. Tod nach 12 Tagen an Bronchopneumonie.	Nährklysmen. Per fistul. Milch, Bouillon, Wein, Ei 4 mal täglich. Nahrung wird zuerst gekaut; später wieder Nährklystiere, die aber nicht behalten werden.	Anfangs Drainrohr, 2 mal gewechselt, dann Obturator dem Langenbeck'schen ähnlich.	Carcinoma exulcerans 8 Ctm. lang ringförmig 4 Ctm. über Cardia. Diffuse eitrige Bronchitis. Bronchopeumonische Herde. Keine Peritonitis. Magenfistel 8 Ctm. vom Pylorus.	Langenbecks Archiv Bd. XXVIII p. 750 Dr. Alsberg. Ein Fall von Gastrostomie etc.
1		nach 24 Stund.		Zunehmender Collaps, Stimme tonlos, Excitantia ohne Wirkung.	Gleich nach der Operation Wein u. Milch. Excitantia.	Drainrohr.	Carcinoma exulcerans 4 Ctm. lang, hart über Cardia. Emphysem und Oedem der Lungen. Keine Peritonitis.	Hacker: Die Magenoperationen an Prof. Billroths Klinik von 1880—1885. Wien 1886.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
112.	Golding Bird 18 9/II. 82 London.	Mann 66 Jahre.	Carcinom.	Seit 2 Monaten Beschwerden, seit der Zeit nur flüssige Nahrung, von der ein Teil regurgitirt wird.		Kachectisches Aussehen, doch sonst noch wohl.		Verticalschnitt am äusseren Rectusrande.
113.	C. Maydl 18 24/II. 82 Wien.	Johann K. Bahnwächter aus Marchegg 55 Jahre.	Carcinom 29,5 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 8 Monaten (seit Juni 81). Seit 3 Monaten nur flüssige Nahrung. Seit 8 Tagen nichts genossen. Husten seit längerer Zeit.	23./II.	Stark abgemagert; ausgebreiteter Lungenkatarrh. Paralyse d. linken Kehlkopfhälfte. Körpergewicht 42,55 Kilo.		Schnitt nach Fenger wie in Fall 111. Magen mit Catgut eingenäht.
114.	E. Rochelt 18 29/III. 82 Meran.	F. H. Steinmetz 70 Jahre.	Carcinoma cardiae.	Seit 1½ Jahren Beschwerden, seit einigen Monaten nur flüssige Nahrung; nichts mehr geschluckt seit 5 Tagen. Regurgitation. Nährklysmen.		Sehr entkräftet.		Schnitt nach Fenger 5 Ctm. lang. Catgutnähte. Magenöffnung 2 Ctm. lang.
115.	Kitajewsky 18 4/VI. 82 Petersburg.	Soldatenwittwe Köchin 47 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Leidet seit etwa 1 Jahr. Anfangs Aufstossen mit Auswerfen der kurz vorher genommenen Speise, seit IX nur flüssige Nahrung. Im II. Blut u. Eiter im Auswurf, darauf erschwertes Schlucken.	27./IV.	Abgemagert. Sonde passirt nicht. Auscultatorisch retardirte Schluckgeräusche. Im Mai rapides Abnehm. d. Kräfte.	Chlf.	Schnitt nach Fenger 6 Ctm. lang. Beim Herausziehen des Magens Stillstand des Herzens. 2 reihige Catgutnaht. Fistelanlage 1Ct. gross.
116.	W. P. Dianin 18 20/VII. 82 Petersburg.	Nikifor Ossippow Bauer 49 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel d. Oesophagus.	Seit 1 Jahr leidend, Schlingbeschwerde erst seit Februar 1882. Seit Ende März nur flüssige Nahrung.	16./VII.	Grosse Schwäche. Pat. kann ohne Stütze sich nicht fortbewegen. Abusus spirituosorum. Arteriosclerose. Regurgitation d. Verschluckten. Einmal dringt dünnste Sonde in den Magen.		Schnitt 6 Ctm. lang nach Fenger. Magen mit Cremallière erfasst, durch Acupuncturnadeln fixirt. Catgutnaht. Beim Anziehen des Magens Langsamerwerden des Pulses.
117.	MacCormac 18 21/VII. 82.	Mann 55 Jahre.	Cancer oesophagi.					

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
nach 5 Tagen.	nach 5 Monaten.			Normaler Verlauf. Am 29./II. verlässt Pat. das Hospital. Nach 3 Wochen beginnt Regurgitation von Nahrung. Starb nach 5 Monaten.	Nährklystiere 4 stündlich.		Carcinom im unteren Teil des Oesophagus. Bronchitis.	Transact. of the clin. society of London. Vol. XV, p. 33. Vitringa p. 63.
nur 1 Akt ausgeführt.	nach 36 Stunden.			Pat. collabirt. Hörbares Rasseln beim Atmen. 26./II. Langsamer Collaps. Tod.			Im mittleren Drittel des Oesophagus exulcerirtes Medullarcarcinom, 8 Ctm. lang. Perforation in dem linken Bronchus. Umgriffensein beider nervi vagi. In den Lungenspitzen alte Schwielen. In d. Bronchien eitriger Schleim.	Wiener medicin. Blätter 1882. Nr. 18, pag. 551.
1	am 3. Tage.			Progressi, zunehmende Schwäche, Tod an Inanition. Keine Anzeichen v. Peritonitis.	Einführung durch Heber von Milch und Ei mehrere Male.	Nélaton Catheter.		Wiener medicin. Presse 1882. Nr. 35, pag. 1098.
am 5. Tage.	am 24. Tage.			Magenausfluss. 17./VI. Eczem und Erythem der Bauchdecken. Entfernung des Drains während der Nacht. Vom 14./VI. Umhergehen der Pat. Das Schlucken wird bis zum 23./VI. leichter.	Fütterung per anum et per os. Per fistulam 4 Mal täglich.	Drain. Apparat v. Huber. Dicker Drain.	Epithelialkrebs 12 Ctm. über Cardia verlegt das Lumen des Oesophagus. Zwischen Aorta u. Oesophagusgewebe infiltrirt. Metastase im Herzmuskel. Keine Peritonitis. Fistel 9 Ctm. vom Pylorus und 1½ über dem Omentalansatz.	Wratsch 1882. Nr. 37.
am 2. Tage.	nach 9 Monaten.			Fieberfrei, in etwa 6 Wochen völlige Vernarbung der Wunde. Zunahme der Kräfte. Nach ca. 3 Monaten verliess er das Hospital, er konnte kleine mechanische Arbeiten verrichten. Tod nach 9 Monaten und 4 Tagen.	Bis zum II. Act trinkt Pat. Peptonportwein. Darauf Peptonbouillon mit zwei Eiern und 1 Glas Milch. Vom 28./VII. noch 2 Eier u. 1 Cotelette mehr.	Drainrohr. Tracheotomiekanüle. Mitte November Dianin'scher Apparat.	Carcinom 7 Ctm. lang, geht in ein carcinöses Magengeschwür im Fundus über. Längs kleiner Curvatur metastatische Knoten. Gefässe sclerosirt. Lungenspitzen mit lich käsigen Herden. Im weiss rechten Leberlappen Hanf bis Haselnussgrosse Knoten. In rechter Niere Bohnen grosser Knoten. Sonst Anaemie d. Organe.	Trudi Obstschw. russk. Wratschej. 1882/83, pag. 205.
nach 14 Tag.			1	30 Tage nach dem ersten Act verlässt Pat. das Hospital.	4 mal täglich per fistulam Milch, 2 Eier, Bouillon.			The Lancet 1882 9./VIII. Vitringa.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
118.	Butlin 18 19/VIII.82.	Mann 59 Jahre.	Cancer oesophagi 14,5 Zoll hinter d. Schneidezähnen.	Seit 6 Mon. keine feste Nahrung. Nährklystiere. Gewichtsverlust 2 Pfd.	Anfang VIII.	Schlundsonde trifft bei Cardia auf impermeabele Strictur.		Nach Bryant. Mageneröffnung mit Bistouri.
119.	Hume 18 2/IX. 82.	Mann 57 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit einem Jahre Schlingbeschwerden. Früher zeitweise Sondirungen.	Anf. VIII.	Strictur für Sonde impermeabel. Flüssiges passirt noch.	Aether Narcose.	Schnitt 3 Ctm. lang nach Fenger. Magenschnitt mittelst Tenotom.
120.	Mason 18 4/IX. 82.	Mann 60 Jahre.	Carcinoma oesophagi.					
121.	King Green 18 11/IX. 82.	Weib 56 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Schlingbeschwerden seit Jahren. Seit 1 Jahr kann sie nichts Festes schlucken. Bei Sondirungen bleibt Blut an der Sonde.	VIII.	Halsdrüsen geschwellt. Strictur impermeabel.	Methylengas Narcose.	Teilweis nach Howse. Catgutnähte.
122.	Sklifassowsky 18 20/IX. 82 Moskau.	Wilhelm Wargin Händler 46 Jahre.	Carcinom nahe der Cardia; 31 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Vor 3 Mon. Schluckhinderniss, das rasch zunahm, so dass seit Ende VIII. nur Flüssigkeit genossen wird. In der letzten Zeit geht auch diese schwer durch.	16./IX.	Sehr abgemagert. Heftiges Hunger- und Schwächegefühl. Flüssiges geht nur in kleinen Mengen durch. Nicht viel eitrige Sputa.		Schnitt nach Fenger. Carbolisirte Seidennähte. Magen mit Kornzange erfasst und hervorgezogen. Magenschnitt m. äusseren Bauchdecken vernäht.
123.	Gould 18 ?/X. 82.	?	Carcinoma oesophagi.					
124.	Gould 18 ?/X. 82.	?	Carcinoma oesophagi.	Wegen heftiger Dyspnoe Tracheotomie.				
125.	N. D. Monastyrski 18 30/X. 82 Petersburg.	Anna Spiridonowa Bäuerin 40 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Vom 19./VIII. in therapeutischer Abteilung; häufiges Erbrechen (oft mit Blut). Obstipation. Schmerz im Epigastrium. 3 Tage nichts genossen.	26./X.	Facies carcinomatosa. Paniculus geschwunden. Haut atrophisch. Puls sehr schwach. In den Lungen nichts Abnormes. Kann wiederum kleine Mengen Flüssigkeit schlucken.	Chlf.	Schnitt 8 Ctm. lang nach Fenger. Müller'sche Umnähung des Peritoneums. Magenschnitt 1½ Ctm. lang.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
	nach 8 Tagen.	nach 3½ Wochen.		Am 4. Tage Verbandwechsel. Pat. verweigert das Füttern durch Fistel. Per os geht bald nichts durch. In den letzten Tagen rechts am Halse tiefgehender Abscess.	Anfangs tägliche Fütterung.	Catheter.	Carcinoma exulcerans der Cardia. Metastasen in den Mediastinaldrüsen. Keine Peritonitis. Adhäsion zwischen Magen und Bauchwand sehr fest. Fistel dicht beim Pylorus.	Brith. med. Journal 1883. 14./IV, pag. 715. Vitringa, p. 94.
	am 3. Tage.	nach 11 Tagen.		Lungencatarrh nimmt nach d. Operation zu. Hunger u. Durst quälend. Häufiges Erbrechen.	Nährklysmen u. Suppositoria. Per fistul. Milch, Branntwein, Bouillon.	Catheter.	Linke Lunge verdichtet?	The Lancet 1882, 23./XII. Vitringa, p. 96.
	2	nach 72 Stunden.		Starb an Collaps.				The Lancet 1882, 14./X. Vitringa, p. 196.
	am 6. Tage.		1	Am 23. Tage wegen Dyspnoe Tracheotomie. Die Heilung nach 15 Wochen constatirt.	Nährflüssigkeit?	Elastische Röhre.		The Lancet 1883, 3./II. pag. 190. Vitringa, p. 97.
	am 9. Tage.	nach 14 Tagen.		Am 8. Tage Verbandwechsel; 9. Tag 2. Act. Magen fest verwachsen. Bis 3./X. nehmen Kräfte sichtlich zu, dann Singultus, starker Husten. 7./X. Diarrhoe, die andauert. Tod.	Fleischsaft und Bouillon. Rohe Eier, Cotelette mit Bouillon gemischt.	Dicker Drain.	Unterer Abschnitt des Oesophagus und Umgebung der Cardia v. Colloidkrebs ergriffen. In rechter Niere Nussgrosser metastatischer Knoten.	Bericht über die Chirurgische Klinik Prof. Sclifassofsky. 1880—84.
	am 3. Tage.	nach 5 Tagen.		Nach 5 Tagen an Peritonitis gestorben.			Magen an Bauchwand locker adhärirend. Peritonitis.	The Lancet 1882, 28./X. Vitringa, p. 97.
	nach 8 Tagen.	nach 13 Tagen.		2 Tage nach 2. Akte Peritonitis.	„Massenhafte u. häufige Nahrungszufuhr" per fistul.		Peritonitis. Ursache unbekannt.	The Lancet 1883, 28./X. Vitringa, p. 97.
	am 7. Tage.	am 8. Tage.		Bis zur Operation Zustand befriedigend. Zwischen 1. u. 2. Akt Collabiren. Nach Fütterung per fistulam Diarrhoe. Magenausfluss. Tod am 7./XI. Abends.	Bis zum 2. Akt Nährklysm. (Milch, Eier, Wein). Per fistul. 2 mal tägliche Fütterung Milch und Eier. Per os wird leicht getrunken.	Dicker Drain. Einführung der Nahrung mittelst Spritze.	Carcinom gleich über Cardia ringförmig. Anaemie sämmtlicher Organe. Keine Peritonitis. Fistel bis 2 Ctm. gross.	Krankenbogen d. Peter-Paul Hospital 1882.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
126.	A. Knie 18 $^{6}/_{XI}$. 82 Moskau.	D. Kaufmann aus Pensa 48 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel 42 Ctm. von d. Schneidezähnen.	Seit 15 Jahren haemorrhoidale Blutungen, die selbst zu Ohnmachten führten. Seit 4 Mon. Schlingbeschwerde, gleichzeitig erschien Schmerz in der Höhe des 4. u. 5. Brustwirbels, Sondirungen.		Mittelgross, Fettschicht mässig, Haut schlaff, Icterus. Gewicht 138 Pfd. Schmerz bei Druck auf die Epigastriumgegend. Noch trinkt er 3 bis 4 Glas Milch in 24 Stunden. Häufiges Erbrechen. Marternder Durst.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Umnähung d. Peritoneum Carbolmarlyverband.
127.	Faucon 1882 Lille.	Mann 56 Jahre.	Carcinoma oesophagi 29 Ctm. von den Schneidezähnen.	Seit 5 Monat. rasche Abmagerung. Unmöglichkeit die geringste Quantität zu sich zu nehmen.				Operation nach Labbé. Mageneröffnung durch Thermocauter.
128.	Vincent Jackson 18 Mitte 82.	Mann 40 Jahre.	Carcinoma oesophagi.			Fast verhungert.		
129.	March Howard 1882.	?	Cancer oesophagi.					
130.	Paul Swain 1882 Plymouth.	Weib.	Carcinom.					
131.	Whitehead 1882 Manchester.	Mann 40 Jahre.	Carcinoma epitheliale pharyngis im hinteren Zungenabschnitt.	Leidet seit 9 Monaten. Amputatio linguae. Tags darauf Tracheotomie wegen Oedema glottidis (18 Tage vor der Gastrostomie).				
132.	N. N. 1882 Petersburg.	Weib 38 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit etwa einem Jahr.				Schnitt nach Fenger.
133.	March Howard 1882.	Mann 60 Jahre.	Carcinom im Halsteil d. Oesophagus.					
134.	Jvar Swensson 1882 Skandinavien.	Mann.	Cancer oesophagi.			Fast verhungert.		
135.	Parker 1882.	Weib 34 Jahre.	Carcinom.	5 Wochen vorher Tracheotomie.				

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
	am 9. Tage.		nach 2 Monaten lebte er noch.	13/XI. Verbandwechsel. Entfernung aller Nähte. 14/XI. Flüssiges geht nicht mehr durch. 15/XI. Gewicht 118 Pfund. 29/XI. Gewicht 122 Pfund. 4/XII. Austritt aus der Klinik.			Zwei Monaten später lebte er noch, nach brieflicher Nachricht.	A. D. Knie l. c.
1		nach 48 Stund.		Starb an Collaps.			Carcinom am Uebergang des mittleren in unteres Drittel, verlegt fast völlig den Oesophagus. Magenfistel 6 Ctm. vom Pylorus.	Revue de Chirurgie 1884. Nr. 10 pag. 50.
	nach 5 Tagen.			9 Tage nach zweitem Akte noch am Leben.				The Lancect 1882.
		am 2. Tage.						The Brith. med. Journal 1883. III und IV.
	nach 3 Tagen.							Brit. med. Journal 1882 Vol. I p. 234.
	nach 11 Tagen.		1	In kurzer Zeit Gewichtszunahme 20 Pfd.	Nährklysmen, darauf nur Flüssiges durch die Fistel.	Elastischer Katheter mit Trichter.		Brit. med. Journal 1882. p. 1125. Centralblatt für Chir. 1882 No. 43.
	nach 2 Wochen.	nach 16 Tagen.		Starb an Inanition.			Carcinoma exulcerans, 2 Zoll breit, im unteren Drittel.	Fiedler Dissertat. Petersburg 1883.
	am 9. Tage.	nach 8 Wochen.		8 Wochen später an Pneumonie gestorben.	Vom 3. Tage an Fütterung per fistulam.			Vitringa l. c. p. 98. The Brith. med. Journal 1883.
				Tod an Oedema glottidis, nachdem erst alles gut gegangen.			Carcinoma papillomatosum in der Höhe der Cartilago cricoid. beiderseits weit um sich greifend.	Schmidt's Jahrbücher 1882 Bd. 192 pag. 264.
	am 4. Tage.	am 8. Tage.		Starb am 8. Tage an Collaps.				Brit. med. Journal 1883.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
136.	Sklifassowsky 18 14/I. 83 Moskau.	Natalie Popowa Kaufmannsfrau 46 Jahre.	Cancer oesophagi 32 Ctm. hinter d. Schneidezähnen.	Seit 1 Jahr Schlingbeschwerden. Seit 3 Monaten nur flüssige Nahrung. Seit 1½ Monaten nur durch Klysmen aus Bouillon u. Ei ernährt. Gewichtsverlust d. letzten Jahres 64 Pfd.	11./I.			
137.	A. Knie 18 21/I. 83 Moskau.	L. Eisenbahn-Ingenieur 62 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel 34 Ctm. hinter d. Schneidezähnen.	Vor fünf Monaten Schluckhinderniss. Die letzten Wochen nur Flüssiges genossen, wovon grösster Teil erbrochen, ohne Blut. Sondirungen.		Mittelgross, panniculus adiposus noch gut. Hunger mässig, Durst gross.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Müller'sche Umnähung des Peritoneum. Sublimatmarlyverband.
138.	Berger 18 16/II. 83. Paris.	Claude Fougellas Demenageur 45 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel 23 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 3½ Monaten. In letzter Zeit nichts Festes mehr schluckbar. Seit 3 Monaten heiser. Erfolglose Sondirungen. Peptonklystiere.	12./II.	Potator. Heftige Schlingbeschwerden. Regurgitationen. alle 2 bis 3 Stunden. Kleinste Sonde mit Olive trifft unter der Hälfte des Oesophagus auf Widerstand.	Chlf.	Schnitt 5 Ctm. lang nach Fenger. Magen durch 2 Nadeln fixirt. Mageníncision 2 Ctm. lang.
139.	Herbert Page 18 /II. 83.	Mann 54 Jahre.	Carcinom in der Gegend d. Cardia.	Beschwerden seit 5 Monaten.				Operation nach Howse.
140.	N. A. Weljaminow 18 12/III. 83 Petersburg.	Andreas Gorbenko Unterofficier 50 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Schlingbeschwerden seit 3 Monaten.	Anfang III.	Mager doch kräftig. Sonde passirt nicht, Flüssiges nur schwer Bronchitis chron:	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Müller'sche Peritonealumsäumung.
141.	S. P. Kolomnin 18 12/III. 83 Petersburg.	Peter Michailow Novize 46 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel 37 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Früher Potator, seit VIII. 82 Schlingbeschwerden. Seit XII nur Flüssigkeit. Vom 19./II. garnichts mehr genossen. Cathéterisme appuyé vom 9./III. Inanitionserscheinungen.	22./II.	Kräftiger Wuchs, sehr anaemisch. Leber vergrössert.	Chlf.	Schnitt 6 Ctm. lang, nach Fenger. Metall- und Seidennähte.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		am 4. Tage.		Am 2. Tage Kopfschmerz, Unbehagen, Icterus.	Gleich nach Operat 2 Löffel Wasser und 1 Löffel Fleischsaft mit Wein per fistulam, darauf 2 stündlich 1 Löffel Wasser u. 1 Löffel Fleischsaft.	Drainrohr.	Section nicht gemacht.	Bericht der Chir. Klinik Prof Schlifassowsky v. 1880 bis 1884. l. c. p. 307.
	nach 7 Tagen.	nach fast 6 Monaten.		Den 27. Januar Nahtentfernung. Pleuritisches Exsudat. 17/III. Austritt aus der Klinik.	„Vorsichtige Fütterung".		Starb zu Hause 175 Tage nach der Operation. Section nicht gestattet.	Knie l. c.
1		nach 19 Stund.		Schmerzen, etwas Unruhe. Seit Mitternacht Collaps. Tod 3½ Uhr Morgens. Das Erbrechen wird durch Morph. subcutan gestillt.	Nährklysmen 1 Stunde post operation. Champagner und Eis per fist. Abends Bouillon.	Sonde.	Carcinoma oesophagi 4 bis 5 Ctm. lang. Perforation in die Trachea dicht bei Bifurcation. Rechts unter der Gallenblase etwas röthlichgefärbte Flüssigkeit. Keine Peritonitis?	Bulletins et Memoires de la Soc. de Chir. de Paris 1883. 10/IV. p. 220.
	am 6. Tage.	nach 28 Tagen.		Anfangs gut. Am 22. Tage Fieber und Erbrechen. Pat. collabirt und stirbt am 28. Tage.			Ringförmiges Carcinom 8½ Zoll unter Cart. cricoid. Parenchymatöse Entzündung der Magenwand.	Brit. med. Journal. 1883 p. 622. Langenbeck's Archiv XXXII, pag. 272.
	am 4. Tage.	nach 8 Monaten.		Am 2. Tage Bronchitis stärker. Am 5. Tage Pat. geht umher. In drei Wochen 5 Pfund Gewichtszunahme. Ende V. verlässt Pat. die Klinik. Stirbt nach 8 Monaten.	Milch, Wein 2 Hospitalrat. nebst 2 Coteletten, zwei Flaschen Milch u. 1 Glas Wein.	Drain, Weljaminow's Obturator. Drain.		Chirurg. Westnik 1885. Separatabdruck.
	nach 2 Tagen.	nach 2 Monaten		Am 6. Tage Entfernung der oberflächlichen, am 14. der tiefen Nähte. 22./III. Abscess in der Nähe der Fistel. 6./IV. 9 Pfd. Gewicht zugenommen. 12./V. An Blutbrechen in Prof. Tschudnowsky's Klinik gestorben.	Per os u. per klysma. Nach 2. Akt 3 mal täglich per fistulam. Vom 26./III. Fleisch.	Drainrohr. Silberkanüle von 1,3 Ctm. Durchmesser.	Carcinoma exulcerans oesophagi (12 Ct. lang) u. des Magens in der Umgebung der Cardia. Oesophagus mit Trachea u. Aorta verbacken. Perforation in Aorta. In Larynx u. Bronchen frisches und geronnenes Blut. Metastase im Herzen.	Morosow, Diss. 1887. Petersburg, l. c.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
142.	Ranke 18 17/III. 83 Gröningen.	J. Ekster Tagelöhner 51 Jahre.	Cancer cardiae.	Seit 4 Mon. Stiche in der Brust und Schlingbeschwerden. Seit 7 Wochen flüssige Nahrung. Seit II. vergebliche Sondirungen.	16./III.	Noch gut genährt, kann seiner Arbeit nicht mehr nachgehen. Puls voll langsam. Temperatur subnormal. Ueber Strictur Dilatation, in der Speisereste angesammelt.	Chlf. und Morph.	Schnitt 6 Ctm. lang, nach Fenger. Seidennähte. 25./III. Fistelanlage untere Magenwundlippe an der Bauchdecke fixirt.
143.	N. A. Weljaminow 18 26/III. 83 Petersburg.	Stefan Makarow Handwerker 55 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit einem Monate Schlingbeschwerde. Vergebliche Sondirungen verschlechtern den Zustand.	25./III.	Sehr schwach. Breiige und flüssige Speise passirt noch.	Narkose.	Schnitt nach Fenger.
144.	Hudson und Page 18 15/IV. 83.	Mann 59 Jahre.	Carcinom an der Bifurcation 11 Zoll von den Schneidezähnen.	Potator. Seit 1 Jahr Schlingbeschwerden. Seit 5 Monaten nur Flüssiges. Vor 4 Monaten Sondirung. Nährklysmen.	9./IV.	Strictur impermeabel.	Chlf.	Schnitt 2½ Zoll nach Fenger. Magenfistel für elastischen Catheter Nr. 8 berechnet.
145.	Patzelt 18 18/IV. 83.	S. F. Eisenbahnbedientester 42 Jahre.	Carcinom.	1879 Pneumonie, seitdem Husten. Sommer 82 Schlingbeschwerden. Seit Frühjahr 83 kann er ohne Hustenparoxysmen nichts zu sich nehmen. Perforation in Trachea. Seit 3 Wochen Nährklysmen.	9./IV.	Husten. Sonde mitten in regio thoracica stecken bleibend. Heftiges Ein- und Ausstreichen der Luft.	Chlf.	Querschnitt. Magenschnitt 1½ Ctm.
146.	X. Dombrowsky 18 2/V. 83 Petersburg.	Maria Fedotowa 46 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit II. Schlingbeschwerden; seit III. nur flüssige Nahrung. Seit 5 Tagen nicht mal Wasser.	30./IV.	Sehr abgemagert. Singultus. Foetor ex ore. Regurgitation. Blutiger Schleim.	Chlf.	Schnitt 10 Ctm. lang, nach Fenger. Müllersche Umnähung des Peritoneum. Magen durch 8 Matratzennähte fixirt. Magenfistel 2 Ctm. gross.
147.	Whitehead 18 10/V. 83 Kent.	Weib 43 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel 11 Zoll hinter den Schneidezähnen.	Seit XII. 82 nichts Festes mehr. Vor 3 Wochen ging dünnste Sonde nicht durch. Peptonisirte Beafsteaks Suppositoria.	Vor 1 Monat.		Methylenbichlorid.	Operation nach Howse. Fistelanlage durch Punction.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
am 8. Tage.	im 6. Monat.			Patient klagt über Durst. Temp. steigt bis 39. 23./III. Verbandwechsel; ein Stück Netz vorgefallen. 19./IV. Entlassung.	Sander's Peptonklysmen. Eis per os. Nach 2. Akt lauwarme Milch und Wein.	Drain. Ranke'scher Obturator.	Den Sommer über war er wohl. Hebung der Kräfte. Seit 9./IX. Leibschmerzen, Appetitlosigkeit. 23./IX. Blutung aus dem Magen wiederholt sich. Am 3./X. Tod. Keine Section. Hat Operation um 6 Monate u. 16 Tage überlebt.	Vitringa Diss. Gröningen, pag. 1.
am 3. Tage.	nach 9 Tagen.			29./III. Husten, klebriges Sputum. Fieber. Magenausfluss. Zustand verschlimmert sich. 2./IV. wird Nahrung nicht retenirt. Stirbt an Pneumonie.	Per fistulam 2 stündlich Nahrung.	Mittelstarker Drain.	Pneumonia hypostatica. Keine Peritonitis. Magen u. Bauchwand fest verklebt.	Chir. Westnik. Separatabdruck.
nach 60 Stund.	am 8. Tage.			Abends sehr unruhig, am 4. Tage Temperaturerhöhung.	Alle 4 Stunden ein Nährklysma.	Elastischer Catheter Nr. 8.	Carcinomatöses Ulcus 5 Zoll über Cartilago cricoid. Lungen ödematös. Keine Peritonitis. Fistel $1\frac{1}{2}$ Zoll von Curvatura major und 4 Zoll vom Pylorus.	Brit. med. Journal 1883, p. 622.
nach 4 Tagen.	nach 59 Tagen.			Reactionsloser und fieberfreier Verlauf. Magenausfluss. Nach 8 bis 10 Tagen Nahtentfernung. Vom 2./V. Pneumonie. Anfang VI. Sputa foetid. Tod am 7./VI.	Gleich nach 2. Akt $1\frac{1}{2}$ Tassen warme Milch. 2 bis 3 stündlich eine Tasse Milch, später mit Eigelb. Endlich Wein und gehacktes Fleisch.	Weiche Kanüle $\frac{3}{4}$ Ct. Kaliber.	Compression des Oesophagus durch degenerirte Bronchialdrüsen. Fistel durch Vermittelung einer zerfallenen Drüse zwischen Oesophagus und Bronchus sin. Comunication der zerfallenen Drüse mit einem Mediastinalabscess. In der rechten Lunge 2 tuberculöse Herde.	Wiener medicin. Wochenschrift 1883 Nr. 46, pag. 1362. Archiv für Clin. Medicin, XXXVII 1885 p. 218. Körner.
am 5. Tage.	am 18./VIII.			Eine Stunde post operationem Blutung aus Magenmuscularis. Nach 14 Tagen verlässt sie das Bett. 4 Kilogr. zugenommen im Laufe eines Monates. 21./VII. Temperatursteigerung. Foetider Schleim. Brustschmerz. Rechts hinten unten Dämpfung. Dyspnoe. Tod 18/VIII.	Nährklysmen per fistulam. Fleischsaft, Milch, Eier, Wein. Von 3. Woche an in 3 Malen 1 Pfd. gehackten Fleisches, 2 Flaschen Milch, 9 Eier und 6 Unzen Wein.	Obturator von Dombrowsky.		Private Mitteilung Dr. Dombrowsky's.
am 5. Tage.			1.	Schon 9 Tage nach Mageneröffnung Gewichtszunahme constatirt. Schlucken leichter. Verliess nach 11 Wochen das Hospital	5 Unzen peptonisirte Bouillon.	Katheter.	Nach 6 Monaten noch wohl.	The Lancet 1883 V. XI, pag. 3. Vitringa l. c. p. 101.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
148.	Barling 18 15/v. 83 Birmingham.	Mann 58 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit X. 82 Schwellung der Drüsen der linken Halsseite und am linken Ohr. Schlingbeschwerden erst vor Eintritt in Behandlung. Erbrechen fester Speisen.	1./V.	Rechte Halsdrüsen stark geschwellt, so dass Trachea etwas verlagert. Strictur impermeabel.		Operation nach Howse. Schnitt in der Linea semilunaris.
149.	Barling 18 18/v. 83 Birmingham.	Mann 45 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit 8 Monaten (IX 82) Schlingbeschwerden. Seit 6 Wochen nichts Festes.	2./V.	Pat. dem Hungertode nahe. Strictur impermeabel.		Operation nach Howse. Mageneröffnung durch Tenotom.
150.	Ranke 18 24/v. 83 Gröningen.	G. Scholten 40 Jahre.	Carcinoma cardiae.	Schlingbeschwerden seit X. 82, jetzt auch bei Flüssigkeit Regurgitation.	21./V.	Sehr mager; Kräftezustand gut. Für Sonde Strictur impermeabel. Eier und Milch passiren noch.	Chlf. und Morph.	Schnitt 7 Ctm. lang, nach Fenger. Müllersche Peritonealumsäumung. 30./V. 2. Akt, hintere Wundlippe an Bauchdecke genäht.
151.	N. A. Weljaminow 18 20/vi. 83 Petersburg.	K. Kaufmann 51 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Seit einem Jahre Schlingbeschwerden; seit 5 Tagen nichts mehr genossen.	19./VI.	Pat. kann vor Schwäche nicht mehr sitzen.	ohne Narkose.	Schnitt nach Fenger. Müllersche Umsäumung.
152.	A. Knie 18 30/vi. 83 Moskau.	Schuster aus Moskau 40 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel, 28 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Seit etwas über 6 Monaten Schluckbehinderung. Die letzten 8 Tage nichts gegessen. Fortgesetzte Sondirung.		Pat. ist mittelgross, sehr abgezehrt. Haut schlaff, icterisch. Hunger fast garnicht. Durst gross.	Chlf.	Nach Fenger. Carbolmarlyverband. 6./VII. Fistelanlage.
153.	Lindner 18 21/vii. 83.	L. H. Mann 59 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit 1/2 Jahre Schlingbeschwerden, die wachsen. Seit 8 Tagen nichts genossen. Fortdauerndes Würgen.		Pat. ist sehr entkräftet, fast pulslos.	fast ohne Narkose.	Schnitt 10 Ctm. lang, nach Fenger. Seidennaht. Peritoneum mitgefasst.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
	nur 1 Akt ausgeführt.	am 6. Tage.		3 Tage nach Operation Schwäche und erschwertes Atmen. Am 6. Tage Tod an Pneumonie.	Nährklysmen.		Carcinom nahe bei Cardia. Adhäsion zwischen Magen- und Bauchwand locker.	The Lancet 1883 V. II, pag. 588. Vitringa l. c. pag. 102.
	am 10. Tage.	in der 10. Woche.		Magenausfluss. 1½ Monat post operationem Tod (Mitte VII., 10 Wochen nach Operation).	Nährklysmen. Per os 2 stündlich zwei Tassen Milch. Per fistulam täglich Milch und Ei.		Carcinom im untersten Teil d. Oesophagus. Drüsen an der Bifurcation metastatisch. Fistel näher zum Pylorus hin.	The Lancet 1883 V. II, pag. 588. Vitringa l. c. pag. 102.
	am 6. Tage.	nach 10 Tagen.		Post operationem klagt über Durst. Keine Brechneigung. Tod an croupöser Pneumonie nach 10 Tagen.	Sander's Peptonklysmen. Gegen den Durst Sodawasserklystiere. Per fistulam lauwarme Milch mit Rotwein, Eiern u. Rum.	Drain.	Carcinom rund um Cardia von Citronengrösse, sonst Magenmucosa normal. In beiden unteren Lungenlappen croupöse Pneumonie. In den oberen Bronchitis, starke Hypostase. Organe gesund. Keine Peritonitis.	Vitringa l. c. pag. 5.
1		nach 15 Tagen.		Pat. erholt sich gut; am 6. Tage Nahtentfernung. Prima intentio. 2. Woche Bronchitis stärker, Sputa klebrig. Atmung erschwert. Tod an Lungenödem.	Dreistündlich 2 Glas Bouillon mit Mannagrütze, 1 Ei und 1 Glas Wein.	Katheter.	Section nicht gestattet.	Chirurgitschesky Wjestnik 1885. Separatabdruck.
	nach 6 Tagen.		1	5./VII. Nahtentfernung. 15./IX. Austritt aus der Klinik.	Nährklysmen m. Wein täglich 4 Mal. Nach dem 2. Akte durch erste Fütterung Erbrechen verursacht. Nährklysmen u. vorsichtige Fütterung. Allmählig nahm die Reizbarkeit des Magens ab, so dass er jede Nahrung gut vertrug.		Soll in XII. 83 im Stadthospitale gestorben sein.	A. D. Knie l. c.
1		am 4. Tage.		Kräfte heben sich nicht mehr; mässiger Magenausfluss. Tod an Inanition.	Carne pura, gehacktes Fleisch, Ei, Milch, Wein, Nestle'sches Kindermehl. Wein auch per klysma. Speisen mit Pepsinwein angerührt.		Ringförmiges Carcinom von 2 Ctm. Höhe und 2 Querfinger über Cardia gelegen. Metastatischer Knoten einer Drüse am Ursprung der Arteria coeliaca. Fistel 3—4 Ctm. vom Pylorus.	Briefliche Mitteilung an Zesas, pag. 273.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
154.	Le Fort 18 23/VII. 83 Paris.	Mann 78 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit IX. 82 (6 Monaten) Beginn der Schlingbeschwerden. Schmerzen in Regio epigastrica, nach rechter Schulter ausstrahlend. Seit 3 Monaten nur Flüssiges.		Seit mehreren Tagen nichts mehr genossen.		Schiefer Schnitt 3—4 Ctm. lang. Nadeln durch d. Magen. Die Peritonealblätter an einander festgenäht. Magenmucosa an Hautrand fixirt.
155.	A. D. Knie 18 2/X. 83 Moskau.	K. Moskowite 59 Jahre.	Carcinoma oesophagi, 40 Ctm. von den Schneidezähnen, im unteren Drittel.	Seit 8 Mon. Schlingbeschwerden, die rasch wuchsen. Nährt sich schon lange Zeit nur von Thee und Milch. Sondirungen erfolglos.		Pat. kräftig gebaut, aber sehr mager. Puls energisch 60—80, Temperatur normal. Zunge feucht, rein. Lunge und Herz gesund. Hunger u. Durst nicht arg. Sondirung erfolglos.	Chlf.	Nach Fenger.
156.	N. W. Sklifassowski 18 27/X. 83 Moskau.	Wilhelmine Tissen Frau eines Telegraphen-Beamten 59 Jahre.	Carcinoma oesophagi, 35 Ctm. von den Schneidezähnen.	Zuerst vor 3 Jahren Schmerz beim Schlingen. Schmerz unter dem Sternum, anfangs selten, dann beständig. Vor zwei Jahren Schlingbeschwerde, seit 6 Monaten kann Patient. nichts Festes mehr schlucken.	20./X.	Grosse Anaemie. Schwäche. Auch Flüssiges geht nur mühsam durch.	Chlf.	Nach Fenger. Mit 28 Knopfnähten aus Seide wird der Magen an Peritoneum u. Bauchwand fixirt.
157.	A. D. Knie 18 6/XI. 83 Moskau.	J. Moskowite 49 Jahre.	Carcinoma oesophagi, im unteren Drittel, 36 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Vor 8 Monat. Schlingbeschwerden. In den letzten Tagen ist der Oesophagus ganz undurchgängig.		Sehr mager, aber nicht schwächlich. Zunge feucht u. belegt. Herz und Lungen gesund. Hungergefühl nicht heftig. Nährklysmen beruhigen Hunger- und Durstgefühl.	Chlf.	Nach Fenger. 14/XI. 2. Akt.
158.	Billroth 18 12/XI. 83 Wien.	R. Br. Mann 43 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Schluckbehinderung besteht seit lange. In letzter Zeit nur flüssige Nahrung, d. vorsichtig geschluckt werden muss, um nicht auch Regurgitation hervorzurufen.		Wenig Flüssiges noch durchgängig.		Nach Fenger. Magen durch Acupuncturnadel fixirt.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		nach 24 Stunden.		Inanition. Collaps.			Keine Peritonitis.	Gazette d. Hospitanx. 1883, p. 90.
am 7. Tage.		im 4. Monat.		Fieberhaft. 7./X. Verbandwechsel, Nahtentfernung. 4./XI. Austritt aus der Klinik.	Nährklysmen. Nach 2. Akte bot die Ernährung keine Schwierigkeiten mehr.		Nach Aussage der Verwandten im II. 84 gestorben.	A. E. Knie l. c.
nach 8 Tagen.		am 10. April 1884.		Fieberfrei. Magenausfluss. Starb im April 1884 an acutem Lungenprocess.	Per fistulam: erst Fleischsaft mit Wein, darauf Bouillon, Eier, Cotelette. Magenausfluss. Kaute das Einzuführende selbst vor.	Drain mit Korkverschluss. Später Apparat (?)		Ottschot chirurgitscheskoi Kliniki Prof. Sklifassowskawo 1880—84 p. 307.
nach 8 Tagen.		am 23./VIII. 84.		Fieberfrei. 5. Tag erster Verbandwechsel. 8. Tag Anlegung d. Fistel, seitdem Ernährung durch dieselbe. 1/XII. Austritt.	Nährklysmen. Fütterung geht gut.	Drain.	Starb am 23/VIII. 84 an einer Lungenentzündung im Moskauer Militärhospital.	A. D. Knie l. c.
1		nach 18 Tagen.		Magenausfluss. Starb an Inanition.	Nährklysmen. Nahrung per fistulam.	Drainrohr.	Keine Section.	Viktor v. Hacker, Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik 1880—1884 Wien 1886.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name nnd Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
159.	Esmarch 18 15/XII. 83 Kiel.	T . . s Landmann 19 Jahre.		II. Atembeschwerde u. Magenschmerzen. V. Schlingbeschwerden. Sondenbehandlung wegen Spasmus oesoph., dann wegen organischer Strictur. Blutung. Beschwerden wachsen.				
160.	A. Knie 18 28/XII. 83 Moskau.	P. Moskowite 39 Jahre.	Carcinoma oesophagi im oberen Drittel, 24 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden vor 6 Monat. Schmerz bei Aufnahme fester Nahrung. Pat. zehrt rasch ab, hat die letzten Tage nichts genossen. Sondirung.	28./XII.	Patient ist mittleren Wuchses, furchtbar abgemagert. In der linken Brusthälfte pleuritisches Exsudat, das bis zum Schulderblatte reicht. Herztöne rein.	Chlf.	Nach Fenger. Operation dauert 30 Minuten.
161.	Th. Jones 1883 Manchester.	Mann 70 Jahre.	Carcinoma oesophagi.					Operation nach Howse.
162.	Th. Jones Manchester.	Mann 47 Jahre.	Carcinoma oesophagi.					Operation nach Howse.
163.	Th. Jones Manchester.	Weib 45 Jahre.	Carcinoma oesophagi.					Operation nach Howse.
164.	Th. Jones Manchester.	Weib 50 Jahre.	Carcinoma oesophagi.					Operation nach Howse.
165.	Th. Jones Manchester.	Weib 39 Jahre.	Carcinoma oesophagi.					Operation nach Howse.
166.	Smith 1883.		Carcinoma oesophagi.					
167.	Page 1883.	Mann 35 Jahre.	Cancer oesophagi.					

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
am 14. Tage.	nach 22 Tagen.			Trotz Ernährung rasches Schwinden der Kräfte. 8/I. Schmerzen im Unterleibe. 9/I. Bewusstlosigkeit. Tod.			Carcinoma exulcerans hart über Cardia, der Rand verlegt dieselbe ventilartig. Im dilatirten Mittelstück d. Oesoph. hirsekorn- bis linsengrosse Warzen. Perforat. ins Pancreas und linken Nebenniere. Zwischen Leber u. Milz Eiterherd. Nicht Magen- sondern Duodenalfistel.	Archiv für klinische Medicin Bd. 36, p. 461. Ueber „Beiträge zur Casuistik der Oesophaguserkrankungen". Reher.
am 3. Tage.	am 7. Tage.			Am 3. Tage Verbandwechsel. Am 3/I. blutiger Auswurf. Am 4/I. ein Glas reinen Blutes ausgeworfen.	Nährklysmen Wein, Milch, Moschus.	Drain.	Section nicht gestattet.	A. D. Knie l. c.
	2 zeitig.	nach 30 Stunden.						The Lancet 1884 9/VIII. Wratsch 1884 Nr. 39.
	2 zeitig.	nach 30 Stunden.						The Lancet 1884 9/VIII. Wratsch 1884 Nr. 39.
	2 zeitig.	nach 12. Tage.		Erlag einer Peritonitis.	Milcheingiessung.		Peritonitis.	Ibidem.
	2 zeitig.		1	10 Monaten später wurde die Heilung noch constatirt.				Ibidem.
	2 zeitig.		1					Ibidem.
		nach 10 Tagen.						Zesas pag. 273 „Nach brieflicher Mitteilung".
1		nach 10 Tagen.		Starb an Pneumonie.				Langenbeck's Archiv XXXII, pag. 275.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
168.	A. Knie 18 13/I. 84 Moskau.	T. Mann 62 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel, 40 Ctm. von d. Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 4 Monaten, jetzt kann er nur Flüssiges schlucken. Am 12/I. erklärte er sich zu Allem bereit; seit 36 Stunden hatte er nichts genossen. Sondirungen.	12./I.	Pat. ist mittleren Wuchses, sehr mager, Zunge belegt, Herz und Lungen gesund. Abdomen eingesunken, unempfindlich. Schleimhaut blass, Füsse ödematös.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Magen mit Mühe gefunden; ca. 2 Pfd. serösen Exsudats in die Bauchhöhle entleert. In der Cardiagegend handgrosse, feste Geschwulst. Sublimatmarlyverband. 21/I. Fistelanlage.
169.	N. D. Monastyrski 18 29/I. 84 Petersburg.	Nikolai Wolodimirow Beamter 48 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Abusus spirituosorum. Vor einigen Jahren fract. fem. dextri. Lungenleiden. Husten. Seit December 83 Dysphagie. In letzter Zeit nur Flüssiges.	27./I.	Mager, nicht sehr elend. Katarrh d. Bronchien. Anaemie. Strictur für kleinste Olive nicht passirbar.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Umnähung d. Peritoneums. Magen erst mit 4 Matratzennähten befestigt; darauf Knopfnahtreihe. Magenschnitt 1 Ctm. lang.
170.	A. Knie 18 7/II. 84 Moskau.	J. aus Moskau 41 Jahre.	Carcinoma oesophagi 26 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Vor 9 Jahren erkrankte er an Syphilis. Vor 7 Monaten zuerst Schlingbeschwerden; jetzt geniesst er nur Flüssiges mit Schmerz. Bougirung.		Pat. ist gut gebaut, aber sehr mager. Zunge feucht, belegt. Rechte Lungenspitze infiltrirt. Achseldrüsen verhärtet.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Sublimatmarlyverband. 15/II. Fistelanlage.
171.	N. W. Sklifassowski 18 24/II. 84 Moskau.	Alexandra Orlowa Kleinbürgerin 43 Jahre.	Carcinoma oesophagi, 31 Ctm. von den Schneidezähnen.	Seit October 1883 Schlingbeschwerden. Vom Januar 84 nur flüssige Nahrung. Seit II. ist Pat. auf Bouillonklysmen beschränkt.	24./II.	Etwa 3 Wochen lang Ernährung durch Klysmen. Pat. ist äusserst abgemagert. Klagt über Schwäche, Hunger und Durst.		Operation wie in allen Fällen Sklif.
172.	A. Knie 18 3/III. 84 Moskau.	Mann aus Tula 56 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel, 40 Ctm. von d. Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden seit 5 Monaten, dieselben nahmen rasch zu. Jetzt passirt nur noch Flüssiges. Erbrechen. Bougies brachten zeitweilige Erleichterung.		Pat. ist gut gebaut u. noch recht gutgenährt. Zunge rein. Herz u. Lungen gesund.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Sublimatmarlyverband. 11/III. Fistelanlage.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang Tod.	Ausgang Heilung.	Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
	nach 8 Tagen.	nach 9 Monaten.		Fieberlos. 18/I. erster Verbandwechsel und Entfernung d. meisten Nähte. Oedeme schwinden. 4/II. Austritt aus d. Klinik. Pat. fühlt sich wohl.		Drain.	Soll nach 9 Monaten an Inanition und Krebskachexie gestorben sein.	A. D. Knie l. c.
	am 7. Tage.	am 15./VIII.		Fieberfrei. Vom 4. Tage an starker Magenausfluss. 10/II. leichter Decubitus der Mucosa, Diarrhoe. Trotz grösseren Obturators Ausfluss. 31/VII. Fistelbildung unterhalb d. Magenfistel (Druck d. Platte).	Bis zum 2. Akte per os: Milch, Bouillon. Nach 2. Akt drei Mal täglich Milch, Ei und Fleisch. Vom 17/II. an nur zwei Mal täglich Fütterung.	Dr. Dombrowsky's Obturator. Drain.	Carcinoma exulcerans. Oesophaguswände stark verdickt; Lumen verengt. Atrophie der Organe. Krebsknoten in linken Leberlappen einer, im rechten vier, im Mesocolon transversum und im Periton. parietale über dem Pancreas. Leichte Atheromatose d. Gefässe.	Krankenbogen d. Peter-Paul Hospital 1884 Nr. 4956.
	nach 8 Tagen.	nach 9 Monaten.		Fieberfrei. 6. Tag Verbandwechsel, Entfernung der meisten Nähte. 8. Tag Fistelanlage. Jodkali hat keine Wirkung. Pat. erholt sich rasch. 28/I. tritt aus.		Drain.	Ende Oktober gehts schlechter; 17/XI. stirbt er. Section nicht gemacht.	A. D. Knie l. c.
1		nach 10 Stunden.		Schwäche dauert an. Erbrechen schwärzlicher Massen. Tod an Collaps.	Gleich nach der Operat. per fistulam 3 Löffel Bouillon, 1 Löffel Wein.	Dicker Drain.	4 Ctm. langes Carcinom, $1^1/_2$ Ctm. über Cardia. Organe blutleer, Anzeichen von Fettdegeneration. Magenfistel der Cardia nahe.	Ottschot chirurgitscheskoi Kliniki Prof. Sklit. 1880—84 pag. 309.
	am 8. Tage.		1	9/III. Entfernung der Nähte. Kräfte heben sich rasch. Heiserkeit bleibt. 5/IV. Austritt aus der Klinik.	Ernährung durch d. Fistel ging sehr gut.	Drain.	Am 6/XI. stellte Pat. sich zum letzten Male vor; Zustand gut. Heiserkeit. Spätere Daten fehlen.	A. D. Knie l. c.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
173.	S. P. Kolomnin 18 $^{4}/_{III.}$ 84 Petersburg.	Wassilij Kisselew, Bauer 39 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel, 19 Ctm. von d. Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden zuerst vor 6 Monaten, seit 5 Monaten nichts Festes mehr. Seit $1^{1}/_{2}$ Monaten heiser, seit einem Monate stimmlos. 27/II. vor 5 Tagen, zuletzt etwas genossen. Sieben Mal täglich Nährklysmen.	2./III.	Ganz aphonisch. Stark abgemagert. Anaemie. Oedem d. Larynx, bei Sondirung Bluthusten. Gewicht 39,800 Grm.		Schnitt nach Fenger, 13 Silberdrahtnähte. Antiseptischer Verband.
174.	Terrillon 18 $^{10}/_{III.}$ 84	Mann 61 Jahre.	Carcinoma oesophagi et laryngis.	Schlingbeschwerden seit 6 Monaten. Nur Flüssigkeiten in kleinen Mengen gehen hinunter und erregen suffokatorische Anfälle.	II./84.	Nur Flüssigkeiten gehen mühsam durch. Nährklystier.e		Operation nach Labbé.
175.	N. W. Sklifassowski 18 $^{26}/_{III.}$ 84 Moskau.	Natalie Nikolajew Kleinbürgerin 32 Jahre.	Carcinom, 30 Ctm. von den Schneidezähnen, im unteren Drittel.	In Mai 83 Schlingbeschwerden, feste Speisen gehen erst nach Minuten in den Magen. Seit 5 Monaten nur flüssige Nahrung. 7 Tage schon nur auf Kysmen v. Milch, Eiern und Bouillon angewiesen.	26/III.	Pat. ist schlecht genährt. Unterer Lappen gedämpft. Crepitirende Geräusche überall. Eitrige Peritonitis.		
176.	A. Knie 18 $^{14}/_{IV.}$ 84 Moskau.	K. Mann 59 Jahre.	Carcinoma oesoph. 32 Ctm. hinter d. Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden zuerst seit 4 Monaten. In letzter Zeit kann er nur Milch, Thee in kleinen Mengen schlucken. Bougieeinführung.	13./IV.	Pat. ist sehr mager. Zunge feucht, belegt. Bedürfniss nach Speise und Trank. Herz u. Lungen gesund.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Sublimatmarlyverband. 23/IV. Fistelanlage.
177.	F. Lagrange 18 $^{15}/_{V.}$ 84	Mann 32 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	Vom 1/IV.—1/V. in Behandlung, die sich jedoch auf Nahrungszufuhr beschränkt. Zur Zeit seiner 2. Aufnahme im Hospital, 10/V., hatte er seit 3 Tagen nichts genossen.	10./V.	Geschwulst in d. Fossa supraclavicularis sinistra.		Operation nach Labbé. 15 Silbernähte. Magen mit Pincette vorgezogen u. mit Silberdraht genäht.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1 zeitig.		am 4. Tage.		5/III. Foetor ex ore. Apathie. Somnolenz; zur Nacht collabirt. 6/III. Kräfteverfall. Somnolenz. Aether. Moschus. Stark stinkende Entleerung. 7/III. abends. Puls kaum zählbar. Tod um 11 Uhr abends.	Bei der Operat. durch Trocart 1 Glas Milch, Bouillon, 3 Eigelb, 2 Glas Marsala. Im Laufe des Tages 5 Klysmen nach Leube zu je 1½ Unzen. Am 2. Tage Einstellung d. Drains, durch dasselbe Milch, Bouillon 200 $\overline{aa}$, 4 Eigelb, 1 Unze Wein. Tags darauf dasselbe.	Mittleres Drainrohr mit Pfropfen geschlossen, der durch Seidenfäden gehalten wird, diese durch Heftpflaster fixirt.	7 Ctm. langer Epithelialkrebs am Eingange des Oesophagus, Perforation in die Trachea, oben und unten klappenartige Verengerungen. Beiderseitig pneumonisch, käsige Herde; Verdickung der Herzklappen. Mesenterialdrüsen vergrössert. Keine Peritonitis.	Anatomia Pischtschewoda Diss. Morosow. Petersburg 1887.
1		nach 52 Stunden.		Tod unter Hirnerscheinungen.			Carcinoma pharyngis et laryngis. Im Hirn selbst nichts. Nephritis interstitialis acuta. Keine Peritonitis. Fistelöffnung in Magenvorderwand, nahe bei Pylorus.	Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie 1884. V./X. p. 275. Revue de Chirurgie 1884 p. 385.
1		nach 38 Tagen.		Starb an Kachexie 3/V.			Carcinom 6 Ctm. lang im unteren Teile. Perforation in beide Lungen, in denen sich Cavernen und Metastasen von Hühnereigrösse fanden. Fettige Degeneration an den parenchymatösen Geweben.	Otschtot chirurgitscheskoi Kliniki Prof. Sklif. 1880—84 pag. 309.
	am 9. Tage.		1	Reactionslos. 6. Tag Verbandwechel und Entfernung einiger Nähte. Kräfte steigen so das er am 18/V. die Klinik verlässt.	Ernährung per fistul. vortrefflich; d. Kräfte wachsen.	Drain.	Am 11/VII. zeigt Pat. sich zum lezten Mal. Weitere Daten fehlen.	A. D. Knie l. c.
1		nach 12 Tagen.		25/V. Entfernug der Nähte. 26/V. Abreissen des Magens in oberen Wundwinkel, in solcher Ausdehnung, dass der Finger eingeht. 27/V. Anzeichen v. Peritonitis, Tod.			Carcinoma exulcerans im oberen Drittel des Oesoph. Metastasen in d. Supraclaviculardrüsen, Schilddrüse, Lunge und rechter Pleura. Rechter Nerv. vagus gedrückt und teilweise zerstört. Eitrige Peritonitis. Fistel 2 Ctm. v. Pylorus.	Revue de Chirurgie 1885. No. 7, p. 549. Ref. Medizinskoje Obosrenije 1886. Nr. 13, p. 48.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
178.	Selenkow 18 31/v. 88 Petersburg.	Alex. S. verabschiedeter Kanzeleidiener 50 Jahre.	Tuberculöses Geschwür.	Exsudative, rechtsseitige Pleuritis IV. 82, chronische Bronchitis. Neuralgie d. rechten Schulter. Mai 83 tiefer rechtsseitiger Halsabscess; Neuralgien nehmen zu. Seit III. 84 Schmerz beim Schlucken. Dünne Sonde geht mühsam durch.	Mai 83.	Sehr abgemagert, kann nur noch Flüssiges schlucken. Neuralgien der Schulter fast völlig verschwunden. Sonde bleibt an Bifurcat. stecken.		Schnitt nach Fenger. Umsäumung mit Peritoneum. 7/VI. Fistelanlage.
179.	Lindner 18 14/VIII. 84.	H. N. Mann 47 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit Anfang April Schlingbeschwerden. Zur Zeit schlukt er nur Flüssiges. Sondirung. Im ausgewürgten Schleime Blutstreifen. Nach letzter Sondirung fauliger Geruch aus dem Munde.		Schluckt noch Flüssigkeiten.		Schnitt nach Fenger. Umsäumung der Bauchwunde (Müller). Catgutnaht. Torfmooskissen.
180.	S. P. Kolomnin 18 8/XI. 84 Petersburg.	Alexis Kirilow, Kaufmann 48 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel, 33 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Potator. Delirium tremens. Seit 1½ Jahre Appetitlosigkeit, Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Seit III. Hinderniss beim Schlucken fester Speisen. Seit VI. nur Flüssiges. Am 26. u. 27/VIII. starkes Blutbrechen. Flüssiges oft regurgitirt. 2/X.—7/XI. Cathétérisme appuyé.	7./XI.	Mager, abgezehrt. Mässige Arteriosclerose. Herztöne dumpf	Chlf.	Hautschnitt in Regione epigastrii 6½ Ctm. lang, nach Fenger.
181.	A. Knie 18 15/XI. 84 Moskau	Sch. Mann 61 Jahre.	Carcinoma oesophagi, im oberen Drittel, 24 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden zuerst seit 8 Monat.; sie steigen rasch. Jetzt nur noch wenig Flüssiges durchgängig. Schmerz im Rücken. Sondenbehandlung.		Pat. ist gut gebaut, mager und apathisch. Auf Wunsch der Verwandten willigt er in die Operation. Emphysem der Lunge. Herztöne rein.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Sublimatmarlyverband. 21/IV. Fistelanlage.
182.	N. A. Weljaminow 18 3/X. 84. Vogel 18 8/XII. 84	Peter Fedorow Kleinbürger 52 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Vor Anfang IX. ambulatorisch mit Sonden behandelt. Ende IX. Bronchitis chronica. Verschlimmerung.	Ende IX.	Pat. ist elend, doch noch kräftig. Flüssiges und Breiiges passirt noch.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. 1. Operation 3/X. Peritoneum umnäht, Prolaps d. Intestina. Sinken des Pulses. 2. Operation Gastrostomie nach Reposition u. Sutur des Darms.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
am 8. Tage.	am 22. Tage.			Vom 3. Tage Magenausfluss, der mit kleinen Unterbrechungen bis zum Tode dauert. Acute Gastritis. 16/VI. Druckgangrän der Magenwand durch Obturator. Lungenödem. Tod am 22.	Nach erstem Akt Peptonklysmen 120,0. 3 Mal täglich. Darauf Fütterung u. tägliche Ausspülung des Magens.	Obturator Dr. Dombrowski's.	Ueber Bifurcation tuberculöse Höhle 5 Ctm. lang; vom Oesoph. ist nur ein 3—5 Mm. breiter Streifen d. Vorderwand übrig. In Lungen alte und und frische Pleuritis, käsige Herde, an der Lungenwurzel käsige Lymphdrüsen, in d. tuberculöse Oesophagusgeschwür übergehend. Fistel unregelmässig.	Wratsch 1884. Nr. 48.
1	am 4. Tage.			Bei Fütterung Magenausfluss. Stirbt an Collaps.	Per os Milch u. Wein. Per fistul. Carne pura und Ei.	Dicker Drain.	Nicht gemacht.	Briefliche Mitteilung an Zesas.
am 4. Tage,	im 3. Monat.			Retentio urinae bis zum 5. Tage. 15.—18/XI. Entfernung der Nahte. Nach Fütterung Uebelkeit, Erbrechen. Speichelfluss u. Trockenheit im Munde. 26/XI. tritt Pat. aus. 30 XI. Magenausfluss; Excoriationen. Ende Januar entlassen.	Per os: 5 Unzen Bouillon, 2 Unzen Wein, 2 Flaschen Milch, 5 Eier. Vom 23/XII. feste Nahrung. Pat. kaut dieselbe und bringt sie dann durch das Rohr in den Magen.	Drainrohr. 23/XII. Silberkanüle, durch Pfropf geschlossen. Stilet zum Reinigen benutzt.	Starb im Februar.	„Die Anatomie des Oesophagus" Dissert. Morosow 1887. Petersburg.
am 9. Tage.	am 10. Tage.			Allgemeinbefinden gut bis zum 5. Tage, Schlaf ebenso; dann wird Patient unruhig, schlaflos. Percussionston rechts und hinten gedämpft, Bronchialatmen. Zunehmende Schwäche. 25/XI. Tod	Seit Operation 3 Mal täglich Nährklysmen mit Opium, die auch nach dem 2. Akte fortgesetzt werden. Ernährung per fistul. Aether, Moschus.	Drain.	Keine Section.	A. D. Knie l. c.
am 6. Tage.	am 19. Tage.			Nur b. Husten Schmerz. 3. Tag steht er auf. 6. Tag Nahtentfernung und 2. Akt. 8. Tag Entdeckung des Missgriffs. (Colon eingenäht). Zweite Operation. 15.—16/XII. Entfernung einiger Nähte. Foetor os ore. Tod.	Zwischen 1. und 2. Operat. Ernährung per os. Vom 20/XII. an 3 Mal täglich per fistul.	Gummiobturator.	Perforation des Ulcus carcinos. oesoph. in einen Bronchus. Gangraena pulmonum. Darmwunde verheilt. Magen- u. Bauchwand fest verwachsen. Fistel d. Pylorus näher.	Chirurgitscheskij Wjestnik 1885, p. 366.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
183.	Boyce-Barrow 1884.	Mann Tagelöhner 52 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Bruder starb an Krebs. Vor sieben Monaten Schlingbeschwerden und Schmerz in der Brust. Seit 6 Monaten Erbrechen, Abmagerung. 42 Pfd. an Gewicht verloren.	1 Monat früher als operirt.	Sehr abgemagert. Auch Flüssiges nicht mehr schluckbar. Nährklysmen. Sondenbehandlung.		Magen mit Finger gefasst. Bauchwunde umnäht. Magen nur durch Nadeln fix., keine Naht. Am 10. Tage 2. Akt.
184.	Mosetig-Moorhof 1884 Wien.		Carcinoma oesoph. unterhalb der Bifurcationsstelle d. Trachea, impermeabel.					Bauchwunde mit Perit. parietale umsäumt. Magen ohne Klemme festgehalten und mit 14 Nähten in 2 Reihen fixirt. Magenöffnung mit Thermocauter.
185.	Pawlow 18 $^{16}/_{II.}$ 85 Petersburg.	Paljutin verabsch. Unteroffizier 68 Jahre.	Carcinom im oberen Drittel.	In den letzten 16 Tagen konnte er nur wenig und mühsam Flüssiges schlucken.	6./II.	Sehr abgemagert. Haut pergamentartig. Organe normal. Dünne Sonde geht nicht mehr durch.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Mucosa angenäht. Magenschnitt $2^1/_2$ Ctm. lang.
186.	Nicaise 18 $^{28}/_{II.}$ 85.	Mann 56 Jahre.	Carcinom ca. 19 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Seit December 83 Schlingbeschwerden, seit III. 84 keine feste Nahrung mehr. Ende V. absolut nichts mehr. Bis zum XI. Sondirungen. XII. Husten, Heiserkeit.	27./V. 84.	Sehr herabgekommenes, doch noch kräftiges Individuum. Heiser. Sonde passirt nicht.		Operation „wie gewöhnlich".
187.	Kolomnin 18 $^{9}/_{III.}$ 85 Petersburg.	Kusjma Kitljasch, verabschiedeter Unteroffizier. 50 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel, 21 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Zuerst V/84. Schlingbeschwerden, Feingekautes ging durch. Seit VIII. auf Halbflüssiges und Flüssiges gewiesen; seit 8 Tagen schluckt er nur noch Thee und Wasser. Schmerz in Brust- und Magengegend. Schwäche.	6./III.	Sehr mager, kein Panniculus adiposus mehr. Percussionston hell. Lungenspitzen etwas emphysematös. Herz normal; Töne hell, klar, aber schwach und mitunter aussetzend.	Narkose.	Schnitt nach Fenger mit 16 Nähten, (8 oberflächlichen, 8 tiefen). Antiseptischer Jodoformverband.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
am 10. Tage.	im 4. Monat.			Allgemeinbefinden gut, so dass er in 2 Monaten um 9 Pfund an Gewicht zunahm. Schluckt Pudding. Im 3. Monat Blutbrechen. Im 4. Tod an Pyämie.		Tracheotomiekanüle.	Oesoph. in der Höhe des V., VI. u. VII. Brustwirbel carcinös, mit Aorta, Herz und Bronchien verwachsen. Ecchymosen, Haemorrhagien d. Schleimhäute; Abscesse in d. Lungen, in rechter Niere u. Hirn. Necrose von $1/3$ der Milz. Fistelumgebung fest mit Bauchwand verwachsen.	Medizinskoje Obosrenije 86. p. 52. The British med. Journal 1886. „A maligment disease of Oesophagus".
nach 3 Tagen.	nach $3^{1}/_{2}$ Wochen.			Regelmässiger Wundverlauf. Nach 3 Tagen zweiter Akt. Nach $3^{1}/_{2}$ Wochen Tod an Marasmus.	Bot keine Schwierigkeiten, doch war die Magenhöhle so klein, dass nur 100 Grm. zu gleicher Zeit eingeführt werden konnten.	Elastisches Rohr, in die Magenöffnung nur eben passend.	An der hinteren Magenwand drei einzelne gestielte nicht ulcerirte Tumoren von Hasel- bis Wallnussgrösse; Zottenkrebs. Epitheliom schliesst d. Speiseröhre ab.	„Bericht des K. K. Krankenhauses Wieden im Solarjahre 1884". Wien 1885. Ref. Lühe (Demmin).
1	am 2. Tage.			17/II. war der Puls etwas voller. 18/II. Puls kaum fühlbar; Tod um 2 Uhr Nachmittags.	Gleich nach der Operation 2 Unzen Milch, Eigelb und Wein; im Laufe d. Tages noch 3 Mal dasselbe.		Ringförmiges exulcerirtes Carcinom, 6 Ctm. lang, in oberen Drittel, dem 8—10 Trachealknorpel entsprechend. In der Brusthöhle zwei metastatische Drüsen. Atrophie aller Organe. Keine Peritonitis. Fistel 6 Ctm. v. Pylorus.	Chirurgitscheskij Wjestnik 1885. p. 635.
nur 1 Act ausgeführt.	nach 26 Stunden.			Bis gegen anderen Morgen Zustand gut; darauf Collaps. Starb gegen Mittag.	Wasser-, Bouillon-, Peptonklysmen.		Carcinom 8 Ctm. unter dem Eingange des Oesoph., fest mit Umgebung verbacken. Secundäre Knoten gleich über Cardia. Plexus brachialis und Nerv. Vagus dext. von degenerirten Drüsen comprimirt. Keine Peritonitis.	Bullet. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris 1885, p. 485.
am 2. Tage.			1	Fieberfrei. Wundreaction mässig. Magenausfluss fand nie statt. 20./III. die letzten Nähte entfernt, doch ging die Heilung so langsam, dass erst im IV. die Wundränder vollständig vernarbten.	Ausser der flüssigen und weichen Nahrung wird vom 27./III. an auch geschabtes Fleisch gegeben. Am 27./IV. entlassen.	Erst Drain, 18./III. dickes Drain. Beim Austritt am 27./IV. hatte Pat. eine Metallkanüle mit Verkorkung.	Weitere Nachrichten fehlen.	Morosow, Diss. Petersburg 1886.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
188.	Pawlow 18 $^{10}/_{III}$. 85 Petersburg.	Alexander Kondratjew Kleinbürger 44 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit 4 Monaten Schlingbeschwerden, die aber erst im XII. d. Dasein gefährdeten. Seit 10 Tagen nichts genossen.	18./II.	Sehr schwach. Strictur hart über Cardia, nicht mehr durchgängig. 21./II. fing Pat. wieder an Flüssiges zu schlucken.	Chlf.	16./III. zweiter Akt der Operation mit Thermocauter. Bestreuung der Wunde mit Cocaïn pulv. Beim Brennen absolut kein Schmerz.
189.	A. T. Bogajewsky 18 $^{29}/_{III}$. 85 Krementschug.	Michail Galagan Kosak 52 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit X. Obstipation und Schlingbeschwerden. Seit XI. Brennen im Oesophagus und Brust. Seit I. nur flüssige Speise. Seit II. fast ausschliesslich Nährklysmen.	21./III.	Pat. ist ziemlich herabgekommen. Sonde bleibt bei 31 Ctm. stecken. Brustorgane gesund. Regurgitation. Im Laufe einer Woche um 5 Pfd. an Gewicht abgenommen.	Chlf.	Schnitt 7 Ctm. lang, nach Fenger. Mageneröffnung am 5./IV.
190.	Championnière vor Juni 1885.	Mann	Carcinoma oesophagi.					
191.	Marchand 18 $^{26}/_{VI}$. 85 Paris.	Mann 61 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Seit 7 Monaten Digestions-, bei festen Speisen Schlingbeschwerden. Seit 3 Monaten Erbrechen, Diarrhoe. Nährklysmen. Seit 23./VI. nichts genossen.	3 /III.	Potator. Abmagerung mässig. Sonde trifft bei 32 Ctm. auf Hinderniss. Starker Verfall der Kräfte.	Chlf.	7 Ctm. langer Schnitt. Magen mit Zange gefasst, von Nadel durchstochen. Metallnähte. Mucosa umsäumt. Magenschnitt 2 Ctm. lang.
192.	N. D. Monastyrski 18 $^{2}/_{IX}$. 85 Petersburg.	Alexander Wassiljew Arteltschik 47 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	83 längere Zeit profuse Diarrhoen. VI. 85 Heiserkeit, sich steigernde Schluckbehinderung. 24./VIII. schluckt in der Ambulanz noch Flüssigkeit, ist schon marastisch. Nahrung: Milch, Thee, geweichtes Brod.	28./VIII.	Stark anämisch. In Organen nichts Abnormes.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Müller'sche Umnähung.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
	am 6. Tage.	am 23. Tage.		Nach Operation ist das Schlucken wieder freier. 17./III. Entfernung der Nähte. Strictur nicht mehr durchgängig. Bis 30./III. Ernährungszustand zufriedenstellend; dann schwanden die Kräfte; Cyanose, Frost. Tod am 3./IV.	Vom 17./III. an erfolgte die Ernährung ausschliesslich durch die Fistel (Milch, Eier, Weisbrod, Kaffee).		Carcinom v. länglicher Form u. Hühnereigrösse im unteren Drittel des Oesoph., dessen Lumen sie ganz verlegt. Die centralgelegenen Teile sind exulcerirt. Die Geschwulst durchsetzt die ganze Wand bis zum Peritoneum. Atrophie aller Organe.	Chirurgitschesky Wjestnik 1885, X. Pawlow „Bericht über die Thätigkeit in der Kreuzerhöhöhungsschwesterschaft, p. 620.
	am 7. Tage.	am 25. Juni.		Fieberfrei. Am 19./V. verlässt er das Hospital. 25./VI. Tod an chronischer Pneumonie.	Erst Nährklysmen, per os Milch. Nach 2. Akt Fleischsaft und Xeres. Am 7./V. etwas Hühnercotelette, schliesslich 6 Mal täglich Fütterung mit Milch, Eier, Fleischsaft, Hühnersuppe, Hühnercotelette u. Xeres.	Drain von $1\frac{1}{2}$ Ctm. Durchmesser.		Chirurgitschesky Wjestnik 1885, p. 442.
				Lebte noch 4 Monate.				Bullet. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t. XI, p. 615.
1		nach 27 Stunden.		Pat. fühlt sich nach der Operation wohl. Am folgenden Abend Syncope, Tod.	Vor Operation Nährklysmen und per os Milch. Nach Operation stündlich (ca. 50,0) Milch. Tags darauf Fleischpulver.	Rote Kautschuksonde Nr. 30.	Epitheliom (?). Darüber Dilatation mit Taschen und Fisteln. Nahtstellen fest verklebt. Fistel 3 Querfingerbreit vom Pylorus.	Bullet. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris 1885, t. XI, pag. 615.
	am 7. Tage.		1	Normaler fieberfreier Verlauf. Am 2./XI. entlassen.	Bis zur Operat. Nährklysmen. Per os Milch, Bouillon. Da Klysmen nicht gehalten, werden sie am 2. Tage weggelassen. Nach 1. Akt passirt Flüssiges. Nach 2. Akte zweimalige darauf 3 malige tägliche Fütterung per fist.	Dünner Drain.	Weitere Nachrichten fehlten.	Krankenbogen d. klinischen Hospitals der Grossfürstin Helene Pawlowna.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
193.	Schlegtendal Lindemann 18 12/x. 85 Hannover.	Frau Müller 26 Jahre.	Doppelte Strictur des Oesophagus.	Vor 4 Jahren heftige Diphtheritis, seitdem Schlingbeschwerden, die sich mitunter z. vollständigem Verschluss steigern. Regurgitation. Nährklysmen.	9./X.	Schrecklich abgemagert u. elend, steht offenb. dicht vor dem Hungertode. Feinste Sonden bleiben beim Aditus ad laryngen stecken.		Schnitt 13 Ctm. lang. Seidennähte. 13./X. 2. Akt. Magenwundränder nach Aussen vernäht.
194.	Woino 18 29/x. 85 Odessa.	Gregor Michailow verabschiedeter Soldat 60 Jahre.	Carcinoma oesophagi in d. Höhe der Cartil. cricoid. 36 Ctm. von den Schneidezähnen.	Seit IV. 85 Schlingbeschwerden mit unbedeutend. Schmerz. Seit VII. breiige Nahrung. VIII. Selbst Flüskeit zu schlucken behindert. X. Regurgitation. 1863 Lues gehabt. Potator.	28./X.	Pat. ist kräftig gebaut; aber sehr erschöpft. Körpergewicht $101^1/_2$ Pfd. Von Lues keine Spur mehr.	Chlf.	Schnitt 6 Ctm. lang, nach Fenger. Peritoneum umnäht. Magen mit Kugelzange gefasst. Catgutnähte. 2./XI. Fistel 1 Ctm. lang, Magenschleimhaut umsäumt.
195.	S. P. Kolomnin 18 2/xı. 85 Petersburg.	Fritz Suggut früher Soldat Schuster 63 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel, 37 Ctm. von d. Schneidezähnen.	Seit ca. 2 Jahren krank, hat schon länger gehustet. Erst brennende, dann stechende Schmerzen in Brust und zwischen den Schulterblättern. XII. 84 zuerst Schlingbeschwerden, die wuchsen. Seit 1 Monat nur Flüssiges genossen. Starker Hunger. Nährklysmen.	3I./X.	Pat. ist sehr abgezehrt. Leib eingesunken. Mässige Arteriosclerosis. Geringes Emphysem. Stellweises Rasseln.	Chlf. und Aether, = 2:1.	Schnitt nach Fenger, $6^1/_2$ Ctm. lang. Silbernähte. Mageneröffnung durch Troicart.
169.	A. W. Minin 18 15/xı. 85 Petersburg.	Anna Iwanowa Kollegiensecretärswittwe 56 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel.	Früher stets gesund. Vor drei Monaten Schmerz im Epigastrium; vor $1^1/_2$ Monaten Singultus und Regurgitation. Seit 1 Monate nur Flüssiges Therapeutische Behandlung.	12./XI.	Abmagerung. Anämie (Ohnmachten). Atheromatose.	Chlf.	Schnitt 5—6 Ctm. lang, nach Fenger. Peritoneum umnäht. Magen mit Kugelzange gefasst. 19./XI. Fistelanlage $^1/_2$ Ctm. lang.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang Tod.	Ausgang Heilung.	Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
	am folgenden Tage.	nach 45 Stunden.		Am Nachmittage nach der Operation heftiges Würgen und Erbrechen foetider, graubrauner Massen. Puls sehr schwach. Nährklysmen. 13./X. Morgens ruhig. Fieber. Erbrechen dauert an. Vormittags Collaps, Schmerzen. Viel rotbraune Massen aus dem Magen gespült. Tod.	Nährklysmen. Nach 2. Akte $1/4$ bis $1/2$ stündlich kräftige Bouillon, heisser Rotwein mit Morphium und Opium.	Dickes Gummirohr mit Korkverschluss.	Dicht hinter Epiglottis narbige, trichterförmige Strictur des Oesophagus, darunder spindelförmige Erweiterung. 2. Strictur bei Cardia. Beide lassen dicke Bleisonde von unten nach oben durch; umgekehrt nicht. Medinastinaldrüsen verkäst. Fistelumgebung fest verlötet.	„Gastrotomie bei doppelter Strictur des Oesoph. von Schlegtendal, Assistenzarzt am Henriettenstift zu Hannover.
	am 4. Tage.	nach 4 Monaten.		Schlucken nach Operation leichter. Temperatur normal. Husten. 17./XI. hat Pat. in 2 Wochen 5 Pfd. zugenommen. Magenausfluss. Eczem. I. Temperatursteigerung. Remittirendes Fieber. 26./II. Schüttelfrost. 3 Anfälle. 7./III. stirbt er.	Nährklysmen, per os Milch und Wein. Nach 2. Akt 9 Unzen Bouillon, Milch, Eigelb. 9./XI. 1 Pfd. Beefsteak, selbst gekaut. Täglich 9 Unzen Milch, 1 Glas Thee, 1 Glas Kaffee, $1/2$ Huhn, $1/2$ Beefsteak und jedes Mal 9 Unzen Bouillon.	Dicker Drain. Dicke Tracheotomiekanüle, endlich Sklifassowskischer Obturator.	$12^1/_2$ Ctm. langes exulcerirtes ringförmiges Carcinom über Cardia. Gegenüber Cartil. cricoid. beginnend eine 14 Ctm. lange Verdickung der Muscularis. Rechte Lunge gangränös. Fistel 16 Ctm. vom Pylorus, näher an Curvatura minor. Lebte noch 4 Monate 9 Tage nach der Operation.	Protokollij Sasjedanij Odesskich Wratschej, 1885 bis 1886.
1		am 18. Tage.		Starker Durst, Hunger. 4./XI. gelbweisse, dicke Sputa, riechend, bis zum 10./XI. Feuchtes Rasseln. Verbandwechsel. 12./XI. Diarrhoe, Abscess an einer Nahtstelle. Patient starb am 21./XI. an hypostatischer Pneumonie.	Nach Operation Bouillon, Milch, Ei, Wein. Später alle 3 Stunden Fütterung. Vom 19./XI. verweigert er jede Nahrungsaufnahme.	Drain.	1 Ctm. über Cardia, 5 Ctm. langes Carcinom. Lymphdrüsen in der Umgebung geschwellt. Lungen hepatisirt. Herde von Erbsen- bis Nussgrösse mit ichorröser Masse gefüllt. In den kleinen Bronchien dasselbe.	Morosow, Diss. 1887. Petersb. l. c.
	am 4. Tage.	nach 11 Monaten.		Fieberfrei; kein Erbrechen. 20/XI. geht Patient umher. Entfernung einiger Nähte. 23/XI. Entfernung der übrigen. Magenausfluss bei Hustenstössen. II. 86 acute katarrhalische Pneumonie. Im V. entlassen; flüssige und breiige Nahrung passiren. Prolaps der Schleimhaut. XI. Pat. stellt sich vor.	Bis zum 2. Akte per os u. per rect. In d. ersten Zeit warme Milch, später zweistündlich Fütterung.	Drain; Fütterung durch Trichter.	13/X. 86 in chirurgischer Abteilung des Alexanderhospitals gestorben. Carcinom im unteren Drittel des Oesoph. Metastatischer Knoten in der Leber. Hat also noch 11 Monate nach der Operation gelebt.	Chirurgitscheskij Wjestnik 1887 I, pag. 13.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
197.	N. D. Monastyrski 18 23/XI. 85 Petersburg.	Simon Feodorow Fabrikarbeiter 55 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	1853 irgend eine fieberhafte Krankheit durchgemacht. 84 Schmerzen unter dem Sternum. 85 (vor 5 Monaten) Schlingbeschwerden. Seit 3 Monaten Obstipation u. häufiges Erbrechen. Ende August bis Ende Oktober Sondenbehandlung. (Klinik Peljechins).	20./XI.	Aeusserste Anämie und Abmagerung. Magendilatation. Sonst nichts Abnormes.		Nach Fenger. Müller'sche Umnähung.
198.	Championnière vor 1885.	Mann	Carcinoma oesophagi.					
199.	D. Morosow 18 16/XII. 85 Petersburg. Klinik Kolomnins.	Demetrius Wilin Kaufmann 61 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel, 26 Ctm. v. den Schneidezähnen.	Schlingbeschwerden zuerst vor 10 Monat. Vor 2 Monaten (Nadelstiche) Schmerzen in der Brust. Am 3/XII. asthmatischer Anfall (?) Sondirung.	13./XII.	Stark abgemagert, grosse Entkräftung. Rhonchi in beiden Lungen. Herztöne dumpf. Mässige Arteriosclerose. Bis zur Operation Leube-sche Klystiere.	Chlf.	Schnitt 6 Ctm. lang, nach Fenger. Vordrängen d. Intestina. Magen durch Silbernähte fixirt.
200.	N. D. Monastyrski 18 10/II. 86 Petersburg.	Paul Skobnikow 51 Jahre.	Carcinom in der Höhe der Bifurcation.	Vor 24 Jahren Syphilis. 84 acute Nephritis. 22/XII. 85 deutliches Hinderniss b. Schlucken. Seit I. 86 nur flüssige Nahrung.	5./II.	Sehr elend. Rechts oben hinten Dämpfung mit bronchialem Exspirium. Sonst Rasselgeräusche, abgeschwächtes Atmen. Milch noch durchgängig.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Müller'sche Umnähung.
201.	N. D. Monastyrski 18 26/IV. 86 Petersburg.	Berka Schaljit Advokat 65 Jahre.	Carcinom hart über Cardia.	Vor 20 Jahren Pleuritis, darnach profuse Diarrhöen. Darmkatarrh bis Sommer 85. III. 86 Schlingbeschwerden. In den letzten Wochen nur flüssige Nahrung; häufiges Erbrechen.	25./IV.	Kachexie. Bronchialkatarrh. Durch Würgbewegungen kein Blut ausgeworfen.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Müller'sche Umnähung. Magen blutet aus jedem Stichkanal. 5/V. 2. Akt.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang Tod.	Ausgang Heilung.	Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
	am 2. Tage.	am 8. Tage.		Schwach, in d. folgenden Tagen ein wenig Meteorismus. 26. Abends Erbrechen v. Faecalmassen. 30. um 1 Uhr Mittags stirbt Pat.	Nährklysmen. Milch bis zum 2. Akte. 25 XI. zweimalige Fütterung. 26. do. 27/XI. Fütterung in kleinen Mengen 2 Mal. 29/XI. Jeder Schluck wird erbrochen, daher keine Nahrung mehr.	Dünner Drain.	6 Ctm. langes 4 Ctm. breites ulcerirtes Carcinom, 5½ Ctm. über Cardia. Knoten in beiden Lungen; d. Ileum 10 Ctm. vom Coecum durch darüber wegziehenden Strang abgeklemmt und zweimal um seine Achse gedreht. Fistel fest mit Bauchdecken verwachsen.	Krankenbogen d. „Klinischen Inst. d. Grossfürstin Helena Pawlowna".
				Starb asphyctisch, nachdem durch Perforation d. Carcinoms Bouillon in Pleura gedrungen war.				Bullet. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris V. XI, p. 615.
	nnr 1 Act ausgeführt.	am 3. Tage.		Am 2. Tage erster Verbandwechsel; im äusseren Wundwinkel ist d. Magenwand etwas gelöst, neue Naht. Die ganz Zeit über Singultus und Erbrechen gelblich bräunlicher, stinkender Massen. Tod am 19/XII.	Ernährung per os und per Klysma.		Carcinoma epithel. exulcerans (Polypöser Fortsatz) von der Trachealbifurcation 10 Cmt. weit nach unten. In Bauchhöhle eitriges Exsudat, Injection der Peritonealgefässe. In der Höhle der Ileocoecalklappe eitrige Bindegewebsinfiltration.	Morosow Dissert. Petersburg 1887.
	am 6. Tage.	im Mai 86.		Die ersten 3 Abende etwas erhöhte Temperatur. Am 17/II. u. 3/III. Verbandwechsel. Wunde sieht sehr gut aus, benarbt. Ein dicker Drain. Kali jodati Cur. 11/III. entlassen.	Bis zur Operation Nährklysmen; Milch per os. Nach zweitem Akt 3 mal täglich Fütterung per fistul.	Dünner Drain, dann dickerer.	Carcinoma exulcerans ringförmig auf der Höhe der Bifurcation. Perforation in Trachea. Im linken unteren Lungenlappen apfelgrosser, zerfallener Herd. Perforation in Pleura. Mediastinaldrüsen indurirt. Fistel 2—2½ Ctm.	Krankenbogen d. „Klinischen Inst. d. Grossfürstin Helena Pawlowna".
	am 10. Tage.		1	Fieberfrei. Weder Schmerz noch Aufgetriebensein des Leibes. Vom 30/IV. Schlucken relativ frei. 8/V. verlässt Pat. d. Bett, wird am 10/V. entlassen.	Nährklysmen. Per os Milch. Nach 2. Akte 3 mal täglich Fütterung per fistul.	Dünner Drain, einmal durch dickeren ersetzt.		Krankenbogen d. „Klinischen Inst. d. Grossfürstin Helena Pawlowna".

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
202.	N. D. Monastyrsky 18 6/VI. 86 Petersburg.	Michail Tschamow Kleinbürger 40 Jahre.	Carcinoma oesophagi im mittleren Drittel.	Potator, unverheirathet. Früher Lungenentzündung. IX/1885 Schlingbeschwerden nahmen so zu, dass er im September ins Marienhospital trat. Dort ging dicke Sonde noch durch. Jetzt ausschliesslich Flüssiges. Regurgitiren.	5./VI.	Kachectisch. Rechts unten hinten Dämpfung, unbestimmtes Atmen. Rasselgeräusche. Hauptklage über Durst.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Müller'sche Umnähung.
203.	Ed. v. Wahl 18 23/VIII. 86 Dorpat.	Jakob Parral Landarbeiter 60 Jahre.	Carcinom ca. 25 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Stets gesund gewesen. Ende IV. zuerst Schlingbeschwerden, welche zunehmen. Seit 4 Wochen nichts Festes mehr, Flüssiges nur wenig. Regurgitation. Heiserkeit.	15./VIII.	Patient ist abgemagert, v. kachectischem Aussehen, Panniculus adiposus fast ganz geschwunden. Körpergewicht 47,300 Grm. Laryngosc. Untersuchung ergiebt Lähmung d. rechten Stimmbandes.	Chlf.	8 Ctm. lang, nach Fenger. Schichtweise Durchtrennung der Bauchdecken. Umsäumung der Wundränder mit Peritoneum. Magenschnitt ca. 2 Ctm. lang.
204.	G. Usiglio 18 13/IX. 86	Mann 65 Jahre.	Carcinom im mittleren Drittel.	Seit einigen Monaten Schlingbeschwerden. Seit 4 Monat. flüssige Nahrung.		Starke Abmagerung. Strictur in d. Mitte des Oesophagus.		Schnitt 8 Ctm. lang, nach Fenger,
205.	S. P. Kolomnin 18 6/X. 86. Petersburg.	Marie Jarshemskaja, Frau eines Polizeisoldaten 53 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel, 31 Ctm. von d. Schneidezähnen.	Seit 1/2 Jahre Behinderung bei Aufnahme fester Nahrung. Seitdem Abmagerung; doch konnte sie Grütze, geweichtes Weissbrod und Flüssiges schlucken. Am 3/X. plötzlich vollständiger Verschluss.	4./X.	Skelettartig abgemagert, furchtbar geschwächt. Klagt über Schwäche und besonders über Durst. Pat. ist mittleren Wuchses u. schwacher Constitution. Regurgitirt Alles unverändert. Trockene Rasselgeräusche.	Chlf. und Aether = 2 : 1.	Schnitt 6—7 Ctm. lang, nach Fenger. Leicht pressender Verband. Magen durch Troicart eröffnet.
206.	G. Tiling 18 19/XII. 86 Petersburg.	Jegor Slawin Artelschtschik 60 Jahre.	Carcinoma.	Seit 2 Monaten leidend; kann seitdem nichts geniessen ohne Erbrechen. Rapides Abmagern. Seit 14 Tagen nur Nährklysmen.	16./XII.	Aeusserster Inanitionszustand. Carcinomatöser Habitus. Jeder Schluck wird erbrochen. In Pylorusgegend harter Knoten fühlbar.	Keine.	Schnitt 7 Ctm. lang, nach Fenger; Umnähung des Peritoneums durch fortlaufende Naht. Vier Matratzennähte in d. Wundwinkeln. Magenschnitt 1/2 Ct. lang.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		nach 3 Tagen.		Erholt sich rasch von der Operation. Singultus abends. 7/VI. Puls klein. Moschus. Leib nicht aufgetrieben, unempfindlich. Nachmittags Phantasien (Inanition). 8/VI. Allgem. besser. Rhonchi stärker, Coma. Tod.	Nach Operation $1^1/_2$ Unzen Fleischmilchlösung, Eier, Wein. Im Laufe d. Tages noch zwei Mal dasselbe. Am folgenden Tage 3 Mal gefüttert u. 3stündlich 1 Glas Wein. 8/VI. eben dasselbe.	Dünner Drain.	Carcinom ringförmig, $7^1/_2$ Ctm. lang, liegt $7^1/_2$ Ctm. unter Cartil. cricoid. Inmitten d. Vorderwand Trachealperforation, linker Lungenlappen hepatisirt, rechter weniger. Randemphysem. Bronchien dunkel gefärbt, massig, schleimig, leicht blutige eitrige Flüssigkeit enthaltend. Sonstige Organe atrophisch. Keine Peritonitis.	Krankenbogen d. klinischen Inst. der Grossfürstin Helena Pawlowna.
1		nach 2 Monaten.		Fieberfrei. 4/IX. wird, weil neben d. Drain Mageninhalt austritt, derselbe durch Compressionsverband mit Wattebausch ersetzt. Eczem um die Fistel. 15/IX. Kapellerscher Obturator. Gewicht steigt.	Leubesche Klysmen. An demselben Abend ein Glas Milch mit Ei und Cognac per fistul. 3 Tage lang dreistündlich so gefüttert. Vom 24/VIII. consistentere Nahrung: Brod, Fleisch, die vom Kranken selbst gekaut wird u. durch ein Rohr in den Magen geleitet. Pat. ist relativ wohl.	Ungefensterter Drain mit Korkabschluss. Kapellerscher Obturator, mit d. Patient auch nach Hause entlassen wird.	Brieflicher Mitteilung zufolge nach zwei Monaten zu Hause gestorben.	Briefliche Mitteilung von Herrn Prof. Ed. v. Wahl.
	am 4. Tage.	nach 12 Tagen.					Ausgebreitetes Carcin. epitheliale in der Höhe des Aortenbogens.	Schmidt's Jahrbücher 1887. Bd. 216, p. 50.
1		nach $1^1/_2$ Monaten.		Fünf Tage lang war die Temperatur eine erhöhte, einmal sogar + 39°; dann normal. Heilung sehr langsam, ohne jede Complication. 11. Tag Nahtentfernung. 18/X. Pneumonie. 21/XI. Tod.	Milch, Bouillon, Eigelb, Wein; die Ernährung bot, nur durch die Fistel, nicht die geringste Schwierigkeit.	Weiches Kautschukrohr, das durch ein grösseres ersetzt werden muss.	Carcinom 4—5 Ctm. lang, liegt 14 Zoll vom Beginn des Oesophagus entfernt; Lumen desselben unverändert. In den Drüsen vielfach Metastasen. Doppelseitige Pneumonie. Fibrinös eitrige Pleuritis.	Morosow Dissert. Petersburg 1887. l. c.
1		am folgenden Tage.		Die Schwäche nimmt am 2. Tage so zu, dass nur wiederholte Kampferinjectionen den Puls etwas beleben.	Am 16. XII. 50 Grm. Koch's Pepton. Zwei Mal per Klysma. 17./XII. Kleine Mengen Selters u. Milch per os. 18./XII. Klysmen werden nicht gehalten. Nach Fistelanlage $^1/_2$ Unze heissen Weines und Wassers.	Dünner Drain.	Section nicht gestattet.	Krankenbogen Nr. 571 vom Deutschen Alexanderhospital, 1886 zu St. Petersburg.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
207.	N. D. Monastyrski 18 12/II. 87. Petersburg.	Nikolai Ignatjew, Kanzleibeamter 62 Jahre.	Carcinom hart über Cardia, 33 Ctm. über den Schneidezähnen.	Seit Sommer 86 Unwohlsein. Schmerzen im Epigastrium, Obstipation. Seit I. 87 nur flüssige Nahrung (Milch, Bouillon). Deutlicher Kräfteverfall. In den letzten Wochen Regurgitation.	11./II.	Aeusserste Kachexie. Schwache Atem- u. Herzgeräusche. Bei jedem Schluckversuche heftiges Würgen. Im Schleime kein Blut. Hauptklage über Durst.	Cocaïn 0,03 Grm.	Schnitt nach Fenger, Müller'sche Umnähung. Knoten an Curvatura minor palpabel. Beim Hervorziehen des Magens dumpfer Schmerz.
208.	C. Johansen 18 7/III. 87. Petersburg.	Agrafena Minajewa Köchin 52 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Seit Octob. Schlingbeschwerden, Abmagerung und Icterus.	5./III.	Leichter Icterus. Puls sehr schwach, Lungen normal.	Cocaïn 0,045 subcutan.	Nach Fenger. Müller'sche Umnähung.
209.	Sonnenburg 18 19/IV. 87. Berlin.	Frau H. 58 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel.	Seit 1½ Jahren Schlingbeschwerden, seit II. wird sie nur durch die Sonde ernährt. Seit Mitte IV. nichts mehr genossen.		Sehr abgemagert und elend.		Catgutnähte überall, Magen mit Thermocauter eröffnet.
210.	N. D. Monastyrski 18 9/V. 87. Petersburg.	Chonem Abramowitsch Schuster 54 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel, 34 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Früher gesund. Seit I. 87 Schlingbeschwerden, Ende III. ging nichts Festes mehr durch. Seit 6 Tagen Obstipation. Seit 5./V. Unmöglichkeit zu schlucken. Häufiges Regurgitiren. Schmerz im Epigastrium.	8./V.	Sehr atrophisch, anaemisch. Randemphysem, Bronchialkatarrh. Process. spinosi VI,VII,VIII druckempfindlich. Schrecklicher Hunger u. Durst.	Cocaïn 0,06 subcutan.	Operation typisch.
211.	Sonnenburg 18 5/VII. 87 Berlin.	Bolze Ackerwirth 40 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel.	Beim Heben einer schweren Last IV. 87 fühlte er zuerst Schmerz in der Regio hypochond., der nach Rücken u. Schulter ausstrahlte. Seitdem Schlingbeschwerden.		Sehr abgemagert, appetitlos. Kann Flüssiges noch schlucken; es verursacht aber Plätschern im Magen.		Kreuzschnitt in der Mittellinie. Bei Eröffnung deutliche Carcinomknoten in der Umgebung d. Cardia.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		am Schlusse des 3. Tages.		Wohlbefinden. 13./II. Verbandwechsel wegen eingetretener Defaecation. 14./II. 3 Mal Diarrhoe, Collaps, der trotz Excitantia nicht gehoben werden kann. 15./II. Morgens 9 Uhr stirbt Pat.	Nährklysmen. Am 12 zweimalige Fütterung per fist. zu 1 Glase Wein. 13./II. 3 malige Fütterung, Wein ebenso. 14./II. zwei Mal gefüttert u. 3 Glas Wein. Per os ein Glas Schwarzbier.	Dünner Drain.	Carcinoma exulcerans hart über Cardia, auf Curvatura minor übergreifend. Drüsen der Umgebung degenerirt. Krebsknoten zwischen Aorta u. Pancreas. Lungen im oberen Teile emphysematös, unten hypostatisch. Im Mesenterium degenerirte Drüsen. Sonst Atrophie. Fistel fest verklebt.	Krankenbogen d. „Klin. Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna“.
1			1	Fieberfrei. 20./III. Entfernung der Nähte, prima intentio. Der erste Drain bis zum 24./IV. Zeitweise etwas collabirend, dann wieder wohl. 25./V. verlässt sie kachectisch d. Klinik.	In 2—3 Malen täglich 1½ Flaschen Milch, ¾ Pfd. Fleisch, zwei Glas Wein u. 30,0—60,0 Syrup. Per os Thee.	Dünner Drain.	Starb zu Hause.	Krankenbogen d. „Klin. Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna“.
1		am 2. Tage.					Fistel der Cardia ganz nahe, dicht unterhalb Curvatura minor.	Berl. klin. Wochenschrift 1888, Nr. 1, pag. 8.
1		16./XII.		Gleich nach Operation bequemes Schlucken. Fieberfrei. 23./V. Entfernung der Nähte. Prima intentio. Fistel von Drain ausgefüllt. 30./V. Entlassung.	2 oder 3 Mal täglich per fist. Per os Milch u. Wein.	Dünner Drain.	Im Monat VI., VII., VIII. zeigt sich Patient; die Kachexie schreitet fort. X. zum letzten Male gesehen. Starb zu Hause nach brieflicher Mitteilung des Sohnes am 16./XII. 87.	Krankenbog. des „Klin. Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna“ Nr. 382.
	am 4. Tage.	nach einigen Wochen.			Milch, Milchsuppe u. Fleischpepton.	Sédillot'sche Kanüle.	Starb an allgemeiner Kachexie.	Berl. klin. Wochenschrift 1888, Nr. 1, p. 8.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
212.	N. D. Monastyrski 18 22/XI. 87 Petersburg.	Michael Serebrjakow Courier 47 Jahre.	Carcinom 31 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Seit II. Schlingbeschwerden. Brennen hinter Sternum. Seit VI. Erbrechen, flüssige Nahrung. Seit 3 Tagen absolut Nichts mehr.	21./XI.	Kachexie. In beiden Seiten der Wirbelsäule hinten Bronchialatmen. Gewicht 54000 Grm.	Chlf.	Schnitt nach Fenger. Müllersche Umnähung.
213.	Sonnenburg 18 25/XI. 87 Berlin.	Frau v. K. 50 Jahre.	Carcinoma oesophagi.	Sommer 86 zuerst Schlingbeschwerden; 10./XI. passiren noch die dicksten Sonden. Seitdem rapides Wachsen d. Beschwerden; seit 3 Tagen nichts mehr. 83 Tumor mammae. 85 Knoten in Achselhöhle, Exarticulatio humeri. Geringe Recidive mit Paquelin entfernt. Sondirung.		Elend, abgemagert. Konnte nicht mehr gehen, das Bett nicht verlassen.	-	Mageneröffnung durch Paquelin.
214.	G. Tiling. 18 19/XII. 87 Petersburg.	Heinrich Himmanen, Zollwachtmeister. 60 Jahre.	Carcinom im unteren Drittel.	Vor 4 Jahren Lungenkrankheit, Husten seit Jahren. Ende V. Schlingbeschwerden, die rasch zunehmen. Seit Ende VI. nur Flüssiges. Schmerz beim Schlucken, strahlt in den Rücken aus. Regurgitation, Obstipation, quälender Husten. Seit dem Sommer solcher Kräfteverfall, dass auch der Umgebung bemerkbar.	17./XII.	Graue Gesichtsfarbe, sehr kachectisch. Rechts hinter d. Angulus scapulae bronchiales Exspirium. Rhonchi. Randemphysem. Pat. kann wieder etwas Flüssigkeit schlucken. Hauptklage über Hunger, Durst u. Frost.	Chlf.	Nach Fenger. Müllersche Umnähung. Magen noch durch 4 Matratzennähte fixirt.
215.	Sonnenburg 18 29/XII. 87 Berlin.	Restaurateur P. 48 Jahre.	Carcinoma oesophagi, 44 Ctm. unterhalb der Schneidezähne.	Schlingbeschwerden.				

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
1		am 9. Tage.		25./XI. Verbandwechsel. Wunde reactionslos. Kein Magenausfluss. 26./XI. Abends Schüttelfrost; Schmerz im linken Hypochondrium. 27./XI. Verbandwechsel, Reaction einiger Stichkanäle. 29./XI. In Axillarlinie Lederreiben. Vermehrte Rasselgeräusche. Collabirt. Brustschmerz. 1./XII. um 1 Uhr Mittags todt.	Nährklysmen. Nach der Operation Nährklysmen 3 Mal täglich und ebenso häufige Fütterung per fistul. Vom 25./XI. Klysmen ausgesetzt.	Dünner Drain.	4—5 Ctm. langes ringförmiges Carcinom, hart über Bifurcation. Därme glänzend, spiegelnd. Zwischen Leber, Magen, Diaphragma eine, zwischen Milz und Magen die 2. eitergefüllte Höhle. In den Bauchdecken Abscess von der Grösse eines kleinen Apfels. Starke Magendilatation. Locale Peritonitis.	Krankenbogen d. „Klin. Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna".
	am 4. Tage.	am 18. Tage.			Nährklysmen. Nach 2. Akte Peptonsuppe $^1/_3$Pfd. mit ein Glas Rotwein per fistulam. Vom 3. Tage auch Milch. Später kaut und speichelt Pat. die ihr gereichten festen Substanzen selbst ein.	Schlundsonde; Nahrung durch Trichter eingegossen; Sondenöffnung mit Holzstöpsel verschlossen gehalten. Sédillot'sche Kanüle.	13./XII. erlag sie einer Pleuritis.	Berl. klin. Wochenschrift 1888, Nr. 1, pag. 8.
	am 2. Tage.			Fieberfrei. Gleich nach Operation Collaps, d. rasch gehoben wird. Husten mässig. 29./XII. Nahtentfernung. 1./I. verlässt Pat. das Bett. 8./I. Verbandwechsel, Wunde sehr gut. Kein Magenausfluss. 9./I. tritt er aus.	Nährklysmen. Per os etwas Milch. 19./XII. Zwei Nährklysmen. 20./XII. 3 Nährklysmen; per os gereichte Milch wird regurgitirt. 21./XII. 2malige Fütterung per fistulam. 22./XII. Jede Fütterung 2 Mal. 23./XII. Klysmen ausgesetzt, Fütterung 3 Mal. Per os $^1/_2$—$1^1/_2$ Flaschen Milch.	Dünner Drain.	Am 19./IV. 88 stellt sich Pat. wieder vor. Er hat an Kräften bedeutend zugenommen. Die Strictur ist impermeabel, zuweilen soll noch Wein durchgehen. — Von Seiten der Lungen keine Verschlechterung. Ernährung ausschliesslich per fistulam.	Krankenbogen d. „Klin. Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna".
1		„bald".		In den nächsten Tagen nach Operation Dämpfung in d. Lungen. Auswurf jauchiger stinkender Massen.		Schlundsonde mit Stöpselverschluss.	Section v. Prof. Ewald gemacht, ergiebt: Carcinom oberhalb der Cardia v. über Wallnussgrösse; es lässt nur eine kaum bleistiftstarke, stark gewundene Passage frei. Fistelöffnung 6 Ctm. vom Pylorus an Curvatura major. In Lungen purulente Bronchitis und Peribronchitis. Fibrinöse Pneumonie beider unteren Lungenlappen.	Berl. klin. Wochenschrift 1888, Nr. 1, pag. 8.

№	Name des Operateurs. Datum der Operation.	Name und Alter des Operirten.	Diagnose.	Vorgeschichte.	Eintritt ins Hospital.	Status praesens.	Narkose.	Operation.
216.	Golding Bird 1887 London.	Weib 42 Jahre.						Schnitt in der linken Linea semilunaris.
217.	N. D. Monastyrski 18 27/I. 88 Petersburg.	Natalie Jermilow Kleinbürgerin 55 Jahre.	Cancer oesophagi im mittleren Drittel.	Schlingbeschwerden seit 2 Monaten, in letzter Zeit nur flüssige Nahrung.	23./I.	Aeusserst abgemagert, mässig kräftig. Flüssigkeiten gehen noch durch, Sonde nicht.	Chlf.	Operat. typisch. Müller'sche Umnähung.
218.	N. A. Weljaminow 18 4/III. 88. Petersburg.	A. R. Bäuerin 35 Jahre.	Carcinoma oesophagi im unteren Drittel.	Vor einigen Jahren acuter Gelenkrheumatismus. Seit drei Monaten Schlingbeschwerden, gleichzeitig Schmerz zwischen den Schulterblättern. In letzter Zeit kann sie nur Flüssiges schlucken.	27./II.	Grosser Kräfteverfall. Leichte Bronchitis.	Chlf.	Schnitt nach Fenger, Müller'sche Umnähung. Mageneröffnung durch Scalpell.
219.	N. D. Monastyrski 18 9/I. 88 Petersburg.	Johann Sledsewski 54 Jahre.	Carcinoma oesophagi; 35 Ctm. hinter den Schneidezähnen.	Früher stets gesund, seit 19/VIII.87 Schlingbeschwerde. In Sept. 3 Tage Verschluss, ebenso seit 8 Tagen.	8./I.	Strictur impermeabel, Dämpfung beider Lungenspitzen. Schwache Atem- und Herzgeräusche. Seit 8 Tagen nichts genossen.	Chlf.	Operat. typisch. Müller'sche Umnähung des Peritoneum.

1 zeitig.	2 zeitig.	Ausgang		Verlauf.	Ernährung.	Apparat.	Sectionsbericht.	Literaturangabe.
		Tod.	Heilung.					
nach 4 Stund.	nach 7 Stund.					Punktionsspritze mit Flüssigkeit.		Schmidt's Jahrbücher 1887. Bd. 215, p. 273.
am 3. Tage.	am 11. Tage.			Anfangs fieberfrei, vom 5. Tage Fieber. Uebelkeit, Erbrechen, Schmerz im Leibe. Am 8. Tage Schüttelfrost, Collaps. Am 11. Tage Tod.	Per os und per fistulam. Vom 9. Tage an nicht mehr per fistulam.	Dünner Drain.	Carcinoma exulcerans, halbringförmig vom 3. bis 6. Brustwirbels, 6 Ctm. lang. Lungenspitzen etwas infiltrirt. Magen sanduhrförmig. Peritonitis. Zwei Eiterhöhlen, im oberen u. unteren Bauchwundwinkel. Fistelöffnung $^3/_4$ Ctm. gross.	Krankenbogen d. Klinischen Inst. d. Grossfürstin Helena Pawlowna.
am 3. Tage.			1	Fieberfrei. Zuweilen geringer Magenausfluss. 28/III. Pat. schluckt wieder bis zum 12/IV., dann wieder völlige Undurchgängigkeit d. Oesophagus.	Nährklysmen. Milch, Bouillon, Wein, Eier. Vom 30/III. bis 13/IV. Ernährung auch per os.	Drain von 1 Ctm. Durchmesser. Drain $2^1/_4$ Ctm. mit umgekrempeltem unteren Ende.		Originalmitteilung Dr. Weljaminow's v. 17/IV. 88.
nach 23 Stunden.	Begiun des 2. Tages.			Grosse Schwäche, die constant zunimmt, trotz aller Excitantia.	Nährklysmen, 2 Mal per fistulam gefüttert.	Dünner Drain.	Carcinom $12^1/_2$ Ctm. über Cardia, 3 Ctm. lang, an hinterer und Seitenwänden. An oberer Grenze polypöse Wucherung. Anämie aller Organe. In Lungenspitzen Knoten.	Krankenbogen d. Klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna.

Bei der Wahl des Hautdeckenschnittes lassen sich 4 Schnittführungen unterscheiden: der Kreuzschnitt, der Verticalschnitt, der transversale Schnitt und der schiefe Schnitt.

Der Kreuzschnitt wurde von Sédillot bei seiner ersten Gastrostomie angewandt. Er legte auf dem linken Rectus, 6 Ctm. nach unten und aussen vom Processus xiphoideus, einen 4 Ctm. im Durchschnitt haltenden Kreuzschnitt an, die Hautlappen wurden zurückgeschlagen. Im zweiten Falle machte er den Schnitt etwas mehr nach aussen und oben, machte den Längsschnitt besonders lang, während der rechtwinklig zu ihm gestellte Querschnitt nur klein war. Aehnlich ist die Schnittführung, die Egeberg [1]) 1837 als die bessere vorschlug (im Vergleich zum Längsschnitt). Praktisch angewandt ist dieser Kreuzschnitt ausser zwei Mal von Sédillot (Fall 1 und 2) noch von John Lowe (Fall 14) und neuerdings von Sonnenburg (Fall 211).

Bei der Wahl des Vertikalschnittes haben entweder Linea alba oder äusserer Rectusrand als Hauptangiffspunkte gedient. Der Verticalschnitt, den zuerst Sydney Jones (Fall 6) geführt, wurde längs dem äusseren Rectusrande in der Höhe des 8. und 9. Rippenknorpels angelegt, dieser Schnittführung hat man sich in noch 10 weiteren Fällen bedient (Fälle 7, 8, 21, 22, 26, 29, 41, 52, 67, 112).

Zweimal wurde er in der Linea alba geführt (Fall 24 und 78) und fünf Male links von derselben (Fall 10, 37, 40, 49 und 88). Hacker [2]) hat in neuerer Zeit den Vorschlag gemacht, den Bauchdeckenschnitt parallel zur Linea alba 2½—3 Ctm. nach links von derselben zu führen, durch die Fasern des Musculus rectus; der Zug des Muskels vom Bogen zur Sehne soll den Schluss der Fistel vervollständigen helfen.

In zwei Fällen (91 und 81) ist nur erwähnt, dass ein Verticalschnitt ausgeführt wurde. Durham (Fall 12) wählte seinen Verticalschnitt über dem oberen Teile der Linea semilunaris Spigelii oder aber längs dem äusseren Rectusrande.

Der transversale Schnitt ist nur drei Mal gemacht und zwar von Langton (Fall 46), Morris (Fall 76) und Patzelt (Fall 145) doch fehlt die genauere Beschreibung. Albert giebt dem Transversalschnitt in Fällen starken Hinüberragens der Leber ins linke Hypochondrium den Vorzug. Er schneidet dann hart auf dem Leberrande ein.

Der schiefe Schnitt, der historisch als zweiter hätte abgehandelt werden müssen, kann in drei Unterabteilungen geteilt werden, je nachdem er von der Linea alba, vom äusseren Rectusrande, oder im Spatium zwischen Letzterem und Rippenbogen verläuft.

In der Linea alba beginnend hatte ihn Fenger zuerst vom Processus xiphoideus ausgehend (Fall 3) angewandt. Diese Schnittführung ist wohl von der zu unterscheiden, die er in seinem Vortrage in Vorschlag bringt und die weiter unten betrachtet werden soll. Von der Linea alba aus ist dieser Schnitt in verschiedener Höhe und stets dem Rippenbogen parallel 12 Male ausgeführt worden (Fall 9, 32, 42, 45, 47, 49, 53, 54, 63, 138, 154, 204).

Die zweite Art: vom äusseren Rectusrande aus hat den Vorzug, eine dünnere Muskelschicht zu treffen und entspricht am Meisten der anatomischen Vorschrift, den Magen auf kürzestem Wege zu finden. Diesen Schnitt schlug Fenger vor und ist er in der bei Weitem grössten Zahl der Fälle angewandt. Bassow scheint bei seinen Tierexperimenten auch diesem Schnitt den Vorzug gegeben zu haben. Vom äusseren Rectusrande wurde der Schnitt in 12 Fällen geführt

---

1) Petit l. c. p. 118 Egeberg sagt: . . . man macht in der Regio epigastrica ein wenig nach links von der Medianlinie einen longitudinalen Schnitt oder besser einen Kreuzschnitt.

2) Hacker. Ueber die Verwendung des Musc. rect. abd. etc. Wiener med. Wochenschrift 1886, Nr. 31 u. 32.

(Fall 16, 65, 68, 72, 110, 118, 122, 127, 136, 156, 174 und 175); direkt erwähnt „nach Fenger" in folgenden (Fall 15, 17, 19, 23, 25, 26, 66, 74, 75, 76, 79, 83, 84, 86, 89, 92, 93, 94, 98, 99, 102, 108, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 125, 126, 137, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 150, 151, 152, 153, 155, 157, 158, 160, 168, 169, 170, 172, 173, 176, 178, 179, 181, 182, 185, 188, 189, 192, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 210, 212, 214); auch diese Schnitte verliefen dem Rippenbogen parallel.

Die Hauptvertreter der 3. Art, Schnitt im Raume zwischen Rippenbogen und äusserem Rectusrand, sind Verneuil, Labbé und Albert. Verneuil wählt als untere Grenze seines Schnittes den 8. resp. 9. Rippenknorpel, Labbé denselben Punkt als obere Grenze; beide führen den Schnitt parallel dem Rippenbogen, nur in entgegengesetzter Richtung. Albert richtet sich bei seiner Schnittführung nach der Lage der Leberdämpfung. Je kleiner das Spatium zwischen dieser und dem linken Rippenbogen, desto näher dem Rippenbogen führt er den Schnitt. Im Allgemeinen ist derselbe 5 Ctm. lang, nur 1 Ctm. vom Rippenbogen entfernt und diesem parallel. Diese Art ist in 31 Fällen vertreten: (Fall 12, 18, 30, 31, 35, 39, 56, 59, 60, 61, 64, 70, 71, 90, 95, 96, 97, 101, 105, 107, 121, 132, 139, 147, 149, 159, 177, 193, 209, 213 und 215). Auch diese Schnitte liefen dem Rippenbogen parallel.

Wahrscheinlich in diese Gruppe hineingehörend sind die Fälle 13, 33, 55, 63, 80, 82, 119, 148, 206.

Wozu der im Fall 51 beschriebene 13 Ctm. lange Bauchschnitt gehört, ist aus den Angaben nicht zu ersehen.

Die Fälle 28, 38, 105, 186 sind als gewöhnliche Operationsmethoden angeführt.

Endlich sei noch ein T-förmiger Schnitt im Fall 70 und 85 erwähnt, den Golding-Bird in seinen beiden Fällen angewandt hat.

Die Bezeichnung „Operation nach Howse" bezieht sich auf die Art und Weise des Operirens, zweizeitig mit doppelter Nahtreihe confer. Fall 39.

Die Methode Bryants findet sich im Fall 19 näher beschrieben.

Ohne Angabe der Methode sind die Fälle 11, 20, 27, 34, 44, 57, 58, 62, 73, 103, 104, 109, 117, 123, 124, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 183, 184, 190 und 198.

Hierbei ist hervorzuheben, dass diese von mir gewählte Einteilung durchaus nicht streng eingehalten und durchgeführt werden kann, vielmehr werden häufig die Schnitte vom äusseren Rectusrande, mit denen bei nur im Spatium ausgeführten, zusammenfallen. Es darf aber, wenn der Schnitt genau im Spatium geführt wird, der äussere Rectusrand garnicht in der Wunde sichtbar werden, ein Vorteil, der die Gefahr des Fortkriechens von Entzündungen gewiss um kein Geringes vermindert.

Im Verlaufe der Operation hat die Autoren besonders das Auffinden des Magens beschäftigt und sind von ihnen jetzt allgemein die teils von Fenger teils von Trendelenburg angegebenen Merkmale angenommen worden. Der Magen wird gefunden, indem man ihn bei vorliegendem Netze durch leichten Zug an letzterem vorzieht oder aber direkt in der Bauchhöhle aufsucht. Zu dem Zwecke geht der Operateur mit der Hand längs dem Leberrande zur Wirbelsäule, an der auch in der Regel der Magen zusammengefallen liegt.

Die Erkennung des Magens geschieht durch Auffinden der Netzinsertion, die Dicke der Wand, am Leichtesten aber durch die Verästelung der Arteriae und Venae coronariae sup. et inf. Die Magenwanddicke kann durch den allgemein atrophischen Zustand so gering geworden sein, dass eine Unterscheidung von einem Darmteile durch das Gefühl allein fast unmöglich ist. Der Magen wurde von Sédillot mit einer Zange vorgezogen, doch macht schon Fenger auf die Gefahr der Zangenapplication bei einem so zarten Organe aufmerksam. Er brauchte zur Extraction bloss die Finger und ist diese Art des Vorziehens in neuerer Zeit die allein herrschende geworden. Im Sédillot's 2. Falle, wo der in die Wunde eingenähte Magen durch einige Hustenstösse sich löste, und in die Bauchhöhle zurücksank, wurde der Magen nachträglich mit einer Zange gefasst, und durch lange Nadeln, deren Enden kreuzweise auf die äusseren Bauchdecken zu liegen kamen, durchstochen. Diese Fixationsmethode ist dann auch späterhin von Verschiedenen befolgt worden; so in Fall 25, 29, 30, 31, 37, 42, 49, 63, 86, 88, 108, 110, 158.

Die Frage nach der Befestigungsart des Magens in der Bauchwunde steht wohl bei der Gastrostomie obenan. Die ersten Bemühungen gingen dahin, zwischen Magen und Bauchwand Verwachsungen hervorzurufen und erst wenn dieses geglückt, den Bauchschnitt zu wagen. Dass solche Bestrebungen mit vielem Eifer betrieben wurden, ist in der vorantiseptischen Zeit durchaus begreiflich; es blieb nicht nur dabei durch Aetzpasten und sonstige Reizmittel eine Verwachsung von Magen und Bauchdecken anzustreben, sondern es wurden sogar Versuche gemacht, den Magen durch die Bauchdecken mit einem harpunenartigen Instrumente gegen dieselben zu ziehen und so die Verwachsung einzuleiten. Schon Fenger kam bei seinen in dieser Richtung an Leichen angestellten Versuchen zu der Ueberzeugung, dass der Erfolg dieses Vorgehens ein durchaus zweifelhafter, teils weil sich kein Punkt der Bauchdecken findet, bei dem man mit Sicherheit auf den Magen stösst, teils die Gefahr eines der so nah liegenden Nachbarorgane, Darm, Colon, Leber zu treffen, sehr gross ist. Als dritten Einwand führt Fenger die lange Dauer einer solchen Procedur an, die bei Krebskachectischen wohl sehr verhängnissvoll werden müsste.

Da die Versuche in dieser Richtung erfolglos blieben, wollte man sich den Magen leichter zugänglich machen und ein unnützes Suchen in der Bauchhöhle vermeiden, indem man ihn mit einer Brausemischung, später durch einen eingeführten aufzublasenden Ballon den Bauchdecken näher brachte. Dieses erforderte jedoch Durchgängigkeit der Strictur. Dass die Brausemischung von viel zu vorübergehender Wirkung ist, war a priori anzunehmen.

Die Fixation der vorgezogenen Magenfalte geschieht jetzt allgemein durch Nähte und, glaube ich, ist die Art und Weise wie solche angelegt werden, gleichgültig und der Gewohnheit jedes einzelnen Operateurs zu überlassen. Es ist einerlei, ob Matratzen-, Knopf- oder fortlaufende Naht gewählt wird, es muss nur zweierlei berücksichtigt werden: 1. Die Naht darf in der Magenwand nur in Sero-Muscularis verlaufen und 2. müssen die Nähte ziemlich dichtstehend grössere Flächen des Peritoneum parietale und viscerale in Contact bringen. Die frühere Fixationsmethode mit durch die Magenwand gestossenen Nadeln, hat einen Vorteil, der darin besteht, dass die Magen-Bauchwandnaht in der Zeit der Bildung der Adhärenzen vor Zerrung bei eventuellen Hustenstössen durch die auf den Bauchdecken aufliegenden Nadeln sichergestellt ist. In neuerer Zeit ist ein theoretisch auf dasselbe hinauslaufender Vorschlag gemacht worden, nämlich den, durch die Magenwand geführten starken Leitfaden bei Anlage des Verbandes über ein gerolltes, die Bauchwandwunde überbrückendes Marlybäuschchen zu knüpfen und

so die Nahtstellen zu entlasten. Auch hat die Durchstossung der Magenwand den grossen Nachteil, dem Austritte von Mageninhalt Vorschub zu leisten. Durch den Leitfaden lässt sich diese Eröffnung der Bauchhöhle vermeiden, durch die Nadel nicht. Es kann uns ja nur darauf ankommen, eventuellen Austritt im Laufe der ersten 2—3 Tage sorglichst zu verhüten, sind diese vorüber, so sind die Verklebungen zwischen Magen und Bauchwand so fest, dass das Aussickern von Mageninhalt nicht mehr zu fürchten ist.

Was die Methode ein- und zweizeitigen Operirens betrifft, so ist es gewiss wünschenswerth, wenn möglich immer zweizeitig vorzugehen, den zweiten Akt mindestens einige Stunden nach dem ersten auszuführen; hat man doch bei Herniotomien schon nach 6 Stunden ziemlich feste Verwachsungen der serösen Flächen gefunden. Freilich scheint noch der Zeitpunkt der Verklebung von Magen- und Bauchwand individuell verschieden zu sein, so dass auch die Ansichten in dem Punkte, wann man dem Kranken gestatten kann das Bett zu verlassen, mithin die Magennähte mehr in Anspruch zu nehmen, geteilt sind. So will Albert und auch Weljaminow die Kranken so bald als möglich, schon am 4. Tage in den Stuhl setzen, während Andere 8—10 Tage die Rückenlage einhalten lassen. Wir im klinischen Institute haben auch letzterem den Vorzug gegeben, wenngleich die nachteiligen Folgen bei schon afficirten Lungen sich nicht leugnen lassen. Mir ist dabei noch immer lebhaft eine Ovariotomie in Erinnerung, bei der ich als Assistent Prof. v. Wahl's anwesend war und wo, nachdem am 8. Tage die Nähte entfernt und die Wunde prima intentione verklebt zu sein schien, am 9. Tage die Wunde in ihrer ganzen Ausdehnung losgegangen war. Der Verlauf, bis dahin fieberfrei, wurde durch den erneuten Eingriff der Naht, bei der noch die prolabirten Därme sorgfältig von anhaftender Watte gesäubert werden mussten, nicht beeinträchtigt; vielmehr verliess Patientin die Klinik und machte einige Monate später ein normales Wochenbett durch. Damals wurden noch die Wundränder mit Jodoformpulver bestreut, eine Manipulation, die die Wunde rein hält, auf die Heilung jedoch verlangsamend wirkt, worauf Prof. v. Wahl schon damals hinwies. Ein zweiter Fall spielte sich im Deutschen Alexanderhospitale zu St. Petersburg ab, wo bei einem Patienten 14 Tagen nach Ausführung der Colotomie durch einen Hustenstoss der eingenähte Darm sich wieder löste, so dass Dr. Tiling gezwungen war, ca. 1 Stunde später, die Bauchhöhle einer genauen Desinfection zu unterziehen und den Darm von Neuem einzunähen. Doch auch diese 2. Naht löste sich später und konnte Patient all diesen Irritationen nicht widerstehen; obgleich er nach dem 2. Male bereits das Bett verlassen hatte, trat Peritonitis auf und ging Patient an ihr zu Grunde. Diese beiden Fälle sind wohl lehrreich genug um vor allzufrühem Verlassen des Bettes, und Entfernung der Nähte zu warnen. Sind die Verklebungen bei einer Colotomiewunde noch so frisch, dass sie einem Hustenstosse weichen, wie viel mehr Gefahr besteht für die schon durch die Speisemassen gezogenen, durch die Diaphragmabewegungen und die Magenperistaltik gezerrten Magennähte.

Hat man dem Kranken die Fistel gesetzt, so ist die nächste Sorge die um seine rationelle Ernährung. Sédillot[1]) wandte sich in einem Schreiben an Professor Michel Lévy mit der Frage nach der besten Ernährungsweise. Levy's Antwort lässt sich in folgende seiner Worte zusammen-

---

1) Morell Mackenzie „Die Krankheiten des Halses und der Nase“ 1884 Bd. II.

fassen: „So viel als möglich müssen durch die Fistel vollkommene Nahrungsmittel eingeführt „werden, um den Operirten zu nähren und wieder zu kräftigen: Diese Nahrungsmittel müssen aber „auch so concentrirt wie möglich sein, um das operirte Organ zu schonen und es nicht dazu „zu veranlassen, mechanisch oder chemisch sich mit Massen abzuarbeiten, die mehr oder weni„ger entbehrlich sind." In der weiteren Ausführung räth er, die Speisen erst einspeicheln und gehörig kauen zu lassen; er schlägt erst Kraftbrühen vor, mit Tapioca oder Arrow-root vermengt, dann möge man zu Milch mit Zuckerzusatz und weichen Eiern übergehen, endlich würde er Fleischsaft geben. Zu diesem fügt er die ernste Mahnung hinzu „häufig, doch in kleinen Mengen zu füttern."

So lange die Ernährung per fistulam noch nicht möglich, treten die Nährklysmen in ihr Recht. Ihr Werth lässt sich nicht abstreiten, doch möchte ich auf das Urteil, das Eichhorst[1]) in seinem Lehrbuch über dieselben abgiebt, zurückkommen. Er sagt: „Im besten Falle wird „1/4 der Menge des Eiweisses resorbirt, das zur Gleichgewichtserhaltung absolut notwendig „(nach Bauer und Voit). Hühnereier werden nur in Spuren resorbirt, sind daher unanwend„bar. Kochsalzzusatz kann die Resorption ein wenig erhöhen, doch reizt er den Darm. Fleisch„saft und Fleischpepton nach Sanders und Adamkiewicz werden teilweise resorbirt, jedoch auch „schlecht von der Schleimhaut vertragen und reizen dieselbe. Blutinjectionen ins Rectum „haben noch keine endgültigen Resultate gegeben."

Eichhorst empfiehlt Klystiere von nicht über 200—300 Ctm. aus Fleischsuppe und Milch mit Stärkemehl zu gleichen Teilen, nicht zu salzig und bis zur Körpertemperatur erwärmt. Nächstdem die Leube'schen Fleischpancreasklystiere. Diese werden häufig ganz resorbirt und zeigen dann die Faeces völlig normale Beschaffenheit. Die Leube'schen Klystiere enthalten 150—300 Grm. feingehackten Fleisches, 50—100 Grm. frischen feingehackten vom Fett gereinigten Pancreas. Diese Portion wird mit 100—150 Grm. Wasser zu einem feinen Brei verrieben und bei Körpertemperatur gegeben.

Leider habe ich es versäumt auf die Klysmenfütterung genauer Acht zu geben und habe ich nur bei Patienten in extremis beobachtet, dass die Klysmen nicht retenirt wurden. Ferner habe ich bei meinen Kranken die Peptonklysmen, wie sie im St. Petersburger hygieinischen Laboratorium dargestellt werden, stets angewandt, in der Regel unter Zusatz von Eigelb und Wein. Mehr als 180 Ctm. Peptonlösung mit ca. 30—35 Wein haben wir nie pro Mal geben lassen.

In allen Fällen, wo Pat. zur Section kamen, habe ich eine auffallend starke Füllung der Därme mit Scybalis gefunden, oft auch im Magen eine grosse Menge Speisebrei. Gingen Pat. rasch post operationem an Inanition zu Grunde, so scheint die allgemeine Schwäche schon einen solchen Grad erreicht zu haben, dass Magen- wie Darmschleimhaut nichts mehr aufzunehmen im Stande waren.

Die Fütterung ist durch die mannigfachsten Apparate geschehen. Sédillot's Vorrichtung bestand aus zwei Rinnen, die zusammengelegt eine Röhre bildeten, jede der Rinnen hatte am oberen und am unteren Ende je einen vorspringenden Rand von ziemlicher Breite. Bei zusammengelegter Röhre bildeten diese Ränder Kreisscheiben, deren Bestimmung es war, den Magen in seiner Stellung zur Bauchwand unverrückt zu erhalten. Die Rinnen wurden einzeln eingeführt, zwischen dieselben kamen nun Silberkanülen verschiedenen Kalibers. — Sédillot

1) Eichhorst „Lehrbuch II Theil", p. 46.

änderte diesen Apparat mehrere Male ab; so scheint ihn der Nachteil des einzuführenden starren Randes zur Abänderung desselben und zum Ersatz durch 4 auseinanderfedernde, sich senkrecht zur Röhre stellende kleine Branchen bewogen zu haben. Der Apparat wurde auf einem Mandrin eingeführt und stellten sich die Branchen, erst bei Einführung der Silberkanüle zum Füttern, auf. Die äussere Kreisplatte wird in eine Metallplatte, die mit seitlichen Oesen zur Fixation um den Leib versehen ist, eingefügt. Diese Einfügung ist teils fest, unbeweglich, teils beweglich, so entspricht sie der Vorrichtung, die das Schildchen einer Trachealkanüle zeigt.

Der zweite beschriebene Apparat ist der von Dr. Huber, den Kapeller in seinem Falle angewandt. Er besteht aus einem fingerdicken, der Länge nach gespaltenen Hornrohr, dessen unteres in die Magenhöhle einzuführendes Ende trompetenartig erweitert ist, dessen oberes Ende ein Schraubengewinde zeigt. Ueber die getrennt eingeführten Hälften wird eine kleine Gummihülse gestreift, die auf das trompetenartig geformte Ende zu liegen kommt und so die Schleimhaut in der Umgebung der Fistel vor direktem Drucke der Hornröhre schützt. Aussen wird über die Röhre ein central durchbohrtes Gummikissen gezogen und durch eine Hornschraubenmutter gegen die Bauchdecken gedrückt, so dass der Magen die Bauchdecken durch den Zug der Schraube fest anschliesst.

Schönborn construirte 3 Apparate nach einander. Der Erste bestand aus einer in die Magenhöhle eingeführten Gummiplatte, die central mit einer Metallröhre verbunden war, auf deren aus der Fistel hervorragendes Ende eine analoge Gummiplatte gesetzt wird und werden die Platten durch einfache Schraubenvorrichtung einander genähert. Diese Vorrichtung erwies sich als unpraktisch und war der 2. Apparat folgendermaassen abgeändert. Die aussen aufliegende Gummiplatte wurde weggelassen und durch einen ovalen Eisenblechstreifen ersetzt, der sich beiderseits auf die Rippenbogen stützt; seine Enden sind durch einen im Bogen über ihn weggehenden Blechstreifen verbunden, der wiederum durch einen ihn kreuzweise schneidenden Streifen gehalten wird. Die Kreuzungsstelle ist durchbohrt, muss der Fistelöffnung genau entsprechen und dient zur Einführung der Röhre, die hier wie im ersten Falle angeschraubt wird. Der ovale Blechstreifen musste mit Leinwand oder Watte umwickelt werden um die Weichteile vor Laesion zu schützen. Der dritte Apparat Schönborns besteht aus zwei durch ein Hartgummi- oder Metallrohr durchbohrten Gummiballons, die je ein Gummiröhrchen zum Aufblasen haben und mit einander durch ein cylindrisches Gummistück verbunden sind. Eingeführt werden die Ballons in schlaffem Zustande, dann aufgeblasen. Später schützte Schönborn das Mittelstück durch einen der Fistelöffnung genau entsprechenden Metallring. Ich weiss nicht ob dieser Apparat jemals angewandt wurde.

Lanelongue liess sich den Apparat aus Gummi herstellen, er hatte die Form einer Sanduhr und bestand aus zwei mit einander verbundenen Gummiballons, die eine sie central durchbohrende Röhre umgaben. Dieselbe dient zur Einführung der Nahrung, die Ballons zur Fixation der Kanüle und Abschluss der Fistel. Nach der Einstellung werden die Ballons aufgeblasen, so dass der Fistelrand um die Einschnürungsstelle zu liegen kommt.

Stutsgaard ist der Erste, der von einer Fixation der Röhre von der Magenhöhle aus, ganz absteht. Sein Apparat zeigt eine Hartgummikanüle, die in einer den Bauchdecken aufliegenden ovalen Platte befestigt ist, die ihrerseits durch eine Leibbinde gehalten wird.

Elias wollte seinen Kranken, so wie der Fistelrand benarbt, einen trichterförmigen Obturator aus Hartgummi einführen — ob er es gethan, ist nicht angegeben.

Weljaminow construirte sich unabhängig von Lanelongue einen ganz ähnlichen Apparat, den er jedoch nach vergeblichen Versuchen verworfen hat.

Escher zu Triest versuchte einem grossen Uebelstande aller dieser Apparate dadurch abzuhelfen, dass er recht leichtes Material verwandte. Er nimmt zum Apparate 2 Drains und 2 Condoms. Es wurde in die Oeffnung der beiden in einander gesteckten Condoms ein dicker etwa 15 Ctm. langer Drain, 1 Ctm. von seinem Ende, eingebunden. Dann wird ein dickes Katheterstück bis 7 Ctm. von dieser Ligatur über den Drain gestreift und daneben das Ende des dünnen Drains befestigt. Jetzt wird die Kuppe der Condoms abgeschnitten und diese über den Drain gestülpt, dann wird sie mit vielen Fadentouren über einen dünnen und dicken Katheter gebunden. Auf diese Weise erhält man einen der Trendelenburg'schen Trachealkanüle durchaus ähnlichen Apparat. Wird er angewandt, so dient der dünne Drain zum Aufblasen der Condoms, der dicke als Fütterungsrohr. Eingeführt, wird der Ballon darauf aufgeblasen, wobei die Füllung der Condoms nach dem Gefühl des Kranken selbst regulirt wird. Der Druck, den Pat. eben vertrug, genügte um mit Hilfe der Bandage ein Herausgleiten aus den Fistel zu verhindern und dem Magenausfluss zu steuern. Einen Vorteil will Escher darin sehen, dass das im Magen liegende freie Ende des Drains durch den Condomteil soweit gedeckt ist, dass kein Reiz auf die Magenwand durch denselben stattfinden kann. Ferner kommt hier der Verschluss der Fistel dadurch zu Stande, dass dieselbe im Bestreben sich concentrisch zu verengern den aufgeblasenen Condoms selbst einschnürt.

Dianin gab seinem Patienten eine Silberröhre von 1 Ctm. Durchmesser, sie wurde durch eine elastische Bandage, um den Leib und über die Schultern gehend, gehalten. Er hat zu dieser Vorrichtung noch eine längere Silberröhre mit einem Trichter, die nur während der Fütterung in das Silberrohr eingestellt wird, sonst ist die Röhre durch einen Silberstöpsel hermetisch verschlossen. Ich habe bei den übrigen Apparaten anzugeben versäumt, dass in der Regel auf das Fütterungsrohr ein Gummischlauch gesetzt ward, durch den Pat. mittelst Trichter oder Spritze gefüttert wurde oder sich selbst die von ihm zerkaute und und zerkleinerte Nahrung zuführte.

Dombrowsky bildet sich seinen Apparat aus einem der Fistelöffnung entsprechenden Gummidrain, an dem am unteren Ende, ein bis zwei fingerbreit von demselben entfernt, eine central durchbohrte weiche Gummiplatte von ca. 3 Ctm. Durchmesser fest angeschweisst wurde. Diese Platte kommt in die Magenhöhle und soll von Innen aus die Fistelöffnung verschliessen. Sie wird zu diesem Zwecke durch eine oberhalb des Verbandes durch den Drain gestossene Nadel gegen die vordere Bauchwand gezogen.

Saritschew[1]) verfertigte in der Klinik des Prof. Sklifassowski eine Kanüle aus Hartkautschuk nach Analogie der Trachealkanüle wie sie in der Veterinairkunde bei Pferden gebraucht wird. Sie besteht aus einer Doppelkanüle aus Hartkautschuk. Aussen auf der Bauchwunde liegt eine, nach Wachsabdruck verfertigte, central durchbohrte Hartkautschukplatte der Fistel und ihrer Umgebung eng an. Durch die centrale Oeffnung wird die eine Kanüle von 5 Ctm. Länge eingeführt. Die Kanüle ist 2 Ctm. lang von der Platte eine einfache Röhre, der übrige 3 Ctm. lange Teil ist rinnenförmig und steht zum Ersten in einem Winkel von nahezu 130°. Die Röhre hat einen Durchmesser von $1^1/_2$ Ctm. In diese erste Röhre kommt

1) Erst während des Druckes dieser Arbeit ist es mir gelungen Kurbatow's Dissertation im Original zu erhalten und ersehe ich aus ihr, dass der von Saritschew angegebene Apparat im Wesentlichen der von Kurbatow schon 1879 construirte ist.

eine zweite ganz ähnlich construirte und gebogene. Beim Einführen werden die Enden der gebogenen Röhren nach verschiedenen Seiten gerichtet, so dass die beiden Rinnen nach unten, der Magenhöhlung zu, sehen.

Zu diesem Obturator gehört noch eine Sonde, zum eventuellen Hinabstossen der in der Röhre stecken gebliebenen Speisemengen.

Weljaminow hat in letzter Zeit seinen Apparat ganz aus dem Gebrauch gelassen und führt nur einen recht dicken Drain ein, dessen unteres in der Magenhöhle liegendes Ende er ein wenig aufkrempelt um bei Hustenstössen einen Schutz gegen das Herausgleiten zu haben.

Es sind noch mehrere andere Apparate vorgeschlagen und angewandt worden, doch hab' ich mir deren nähere Beschreibung nicht verschaffen können und muss sie daher unberücksichtigt lassen.

In neuerer Zeit haben sich immer mehr Stimmen für den Gebrauch eines einfachen Drains erhoben und scheint dies auch das Rationellste zu sein. Betrachten wir alle früher in Vorschlag gebrachten Apparate, so fallen uns grosse Uebelstände sofort in die Augen: die Grösse und Schwere der Apparate und ihre Complicirtheit und hoher Preis. Alle sind sie mit Ausnahme des von Stutsgaard mit der Absicht construirt, die Fistel auch von der Magenhöhle aus abzuschliessen. Eine Sédillot'sche Kanüle ist schon des grossen Preises wegen für die Praxis schwer zu verwerthen. Apparate, wie sie Kapeller und Schönborn angewandt, sind zu complicirt und bedürfen gewiss vielfacher Abänderungen um praktisch anwendbar zu sein, so machte schon Kitajewsky (Fall 115) mit dem Huber'schen Apparate schlechte Erfahrungen — es quoll die Hornröhre, so dass er sie kaum entfernen konnte. Zudem war schon das Einführen von so grosser Schwierigkeit (speciell das Aufziehen der Gummihülse) dass dabei vielfache Läsionen der Fistel unvermeidlich waren. Daher schlägt er folgende Abänderungen vor: ein Vertauschen der Röhre aus Horn gegen eine aus einem der Quellung nicht unterworfenen Materiale, zweitens würde er das trompetenartige Ende derselben durch eine senkrecht zu ihr gestellte runde Platte ersetzen; drittens will er, um die Schraubenmutter so nah als möglich an die Platte heranzubringen, sie in den centralen Teil des Kissens verlegt sehen, so dass Kissen und Schraubenmutter ein Ganzes bilden. So viel mir bekannt, sind diese Abänderungen nur Vorschläge geblieben.

Lanelongue's, Escher's und Schönborn's dritte Vorrichtung wollen den Verschluss der Fistel durch aufgeblasene Ballons bewirken. Dass der Druck des Gummiballons durchaus ungefährlicher als der einer festen Platte, ist a priori einzusehen. Schlecht ist der Umstand, dass die Fistelöffnung durch den fest anliegenden Ballon einer constanten, wenn auch gelinden Dehnung ausgesetzt ist.

Den weichen Ballon ersetzen Schönborn und Dombrowsky durch eine Platte, wobei Dombrowsky eine weiche Gummiplatte wählt. Wenn nun auch der Magen gegen Fremdkörperreizung ziemlich abgestumpft ist, so werden doch die Ränder stets ihren üblen Einfluss geltend machen und sehen wir ja auch in zwei Fällen (169 und 178) Decubitus durch den Druck selbst der weichen Gummiplatte entstehen. Zu dem ist der Verschluss von innen her durch die Platte illusorisch, da ja die Platte unmöglich so fest der Innenwand anliegen kann, dass sie ein Hineindringen von Speisebrei zwischen Platte und Magenwand verhindern könnte. Ist aber einmal Speisebrei hineingedrungen, so wird er bei der nächsten Inspirationsbewegung erst recht durch die Platte in die Fistel gedrängt. Zieht man wiederum die Platte sehr fest an, so droht Decubitus.

Ein zweiter Einwand gegen diese Apparate, ist die Schwierigkeit sie durch die Fistelöffnung zu bringen; als erstes Postulat eines festen Verschlusses muss ja doch das feste Anliegen des Fistelrandes an die Röhre gelten. Muss aber erst ein grösserer Körper, wie solch eine Platte durch die Fistel, so kann ein späteres festes Schliessen kaum mehr stattfinden. Das Einführen selbst der weichen Platte war so schwierig, dass in Fall 169 der Operateur sich genöthigt sah, zwei keilförmige Stücke zu excidiren, um dann die beiden Hälften nach einander einzuführen.

Ausserdem wäre noch zu bemerken, dass durch den constanten Druck der Platte die Fistel immer mehr erweitert wird, so dass man bald gezwungen wird, zu Röhren grösseren Calibers überzugehen, wo darauf dieselbe Wirkung binnen Kurzem sich wieder einstellt.

Alle bisher genannten Apparate erreichen ihren Zweck nicht, d. h. sie verhindern nicht ein Ausfliessen des Mageninhalts. Dass aber Ausfluss von Magensaft, abgesehen von den lästigen Eczemen die derselbe bewirkt, auch sonst für das Allgemeinbefinden nicht gleichgiltig, ist ja begreiflich. Unsere Erfahrung spricht dafür, dass man ganz gut ohne complicirte Obturatoren und Vorrichtungen auskommen und doch einen vollständigen Fistelschluss erhalten kann. Es ist nur nötig die Fistelöffnung in der vorderen Magenwand so klein anzulegen, dass nur ein ganz dünnes Drainrohr mit Mühe in dieselbe gebracht werden kann. Wird so vorgegangen, so kann man nötigenfalls durch mehrmaliges Uebergehen zu dickerem Caliber dem Magenausfluss rechtzeitig steuern. Unterdess schreitet die Benarbung fort und das Narbengewebe erlangt so viel Festigkeit, dass es bei resp. noch dünnem Drain, unter 1 Ctm. Durchmesser, den Abschluss vollständig macht und nur in Fällen, wo die Fistel unzweckmässig behandelt wurde, ist eine in späterer Zeit auftretende Relaxation derselhen beobachtet; so sahen wir in Fall 210, als Patient den Drain behufs Reinigung entfernt und nicht wieder reponiren gekonnt, denselben mit einem dünnen mit Leinwand umwickelten Holzstückchen eine mehrere Stunden lange Fahrt zur Klinik machen, ohne dass durch diese durchaus nicht zarte Manipulation die Fistel sich bedeutend gedehnt hatte. Sie schloss noch immer bei einem Drain von ca. 1 Ctm. Durchmesser.

Die Hauptbestimmung dieser Apparate kann aber nur erfüllt werden, wenn man sie so verfertigt, dass sie auch dem Landarzte zugänglich und so billig sind, dass sie auch vom armen Manne verwendet werden können. Ich will gar nicht bestreiten, dass es vielleicht auch möglich wäre mit einem künstlichen Apparat den Magenausfluss zu verhüten, doch verlangt ein solcher Zeit und Geld; Ersteres ein Erforderniss, das bei den meisten Kranken nicht erfüllt werden kann, weil sie so spät in Behandlung kommen, dass fast jede Stunde von Wert ist. Das Zweite, das Geld, könnte nur dem reichen Manne einen Fistelapparat ermöglichen. Den Drain dagegen kann auch der Aermste beschaffen nnd ist er so leicht auch in entlegenen Gegenden passend zu bekommen.

In Nachstehendem gebe ich eine Uebersicht über 219 Fälle von Gastrostomie, ausschliesslich bei Carcinoma oesophagi ausgeführt.

Von diesen habe ich 201 Fall aus Originalberichten in der Literatur gesammelt, wozu noch 18 kommen, die noch nicht veröffentlicht waren. Zwölf derselben habe ich selbst als Assistent der chirurgischen Abteilung des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna unter meiner Aufsicht gehabt; die restirenden sind mir von Prof. v. Wahl, Prof. Monastyrski, DDr. Tiling, Dombrowski und Weljaminow freundlichst zur Verfügung gestellt worden.

I. Einzeitig sind ausgeführt worden:

1. 3. 5. 6. 7. 8. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27.[1]) 28. 30. 31. 33. 35. 36. 38. 40. 44. 47. 48. 50. 51. 54. 66. 68. 71. 73. 75. 76. 77. 78. 79. 82. 90. 94. 99. 101. 102. 110. 111. 114. 127. 136. 138. 151. 153. 154. 158. 167. 171. 173. 174. 175. 177. 179. 185. 191. 195. 202. 203. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 212. 215.

II. Zweizeitig sind ausgeführt worden:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	in der 3. Woche.
88	**9**	37	29	**2**	42	52	74	46	149		131		159	83
116	32	41	80	49	63	152	98	107	183					84
219	45	119	85	65	64	155	100	118	201					117
	55	123	91	93	112	169	137	122						132
	67	141	130	95	121	189	142	124						
	70	143	135	108	128	192	157	126						
	81	144	140	115	139		172	133						
	86	160	180	145	150		178	156						
	92	217	184	146	182			168						
	105	218	194	147	188			170						
	109		196		200			176						
	116		204					181						
	187		211											
	193		213											
	197													
	214													

I. Nur ein Akt der Operation zur Ausführung gekommen: 69. 87. 89. 106. 113. 148. 186. 199.

II. Nicht gesagt, wann der 2. Akt ausgeführt worden: 39. 56. 57. 60. 72. 96.? 97.? 120. 161. 162. 163. 164. 165.

III. Nicht angegeben, ob die Operation 1- oder 2-zeitig ausgeführt worden, in Fall: **4. 20.** 34. 43. 53. 58. 59. 61. 62. 103. 104. 129. 134. 166. 190. 198.

---

1) Ich habe der Uebersichtlichkeit halber die der vorantiseptischer Zeit angehörenden Operationen mit fetter Schrift bezeichnet.

Tabel

Die Todesfälle nach Gastro-

Tagen.														3. Woche.
I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	
1	**4**	**3**	**10**	33	32	**17**	**16**	37	**2**	91	**8**	68	52	**24**
12	**5**	**14**	**13**	45	42	85	50	48	**22**	150	46	95	124	**25**
21	**6**	41	28	76	43	102	66	144	143	166	119	110		30
27	**7**	56	40	89	123	160	125	212	181	167	163	177		38
34	**9**	78	67		148		135			217		204		54
47	**11**	81	94				197							105
57	**15**	92	109											108
58	**18**	114	120											122
62	**19**	127	136											132
73	**20**	145	153											151
75	**23**	174	173											158
79	**26**	199	179											159
88	31	207	202											182
103	35													188
104	51													195
138	53													213
171	69													
216	70													
	87													
	90													
	99													
	101													
	106													
	111													
	113													
	129													
	154													
	161													
	162													
	185													
	186													
	191													
	193													
	206													
	209													
	219													

l e A.

stomie vertheilen sich nach:

4. Woche.	Monaten.										
	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	
82	59	49	29	63	112	36	55	107	116	196	Ausgang nicht bezeichnet 71. 130. Als „genesen“ bezeichnet 39. 65. 128. 131. Todesdatum n. angegeben 60. 96. 134. 198. 201. 211 — „einige Wochen“ 215 — bald. — Heilung constatirt nach: 4 Wochen — 214 — 5 Wochen — 218 — 1 M. — 117, $1^1/_2$ M. 187. im 2. Monate — 83 — nach 2 Monaten — 126 — „ 2 „ — 192 — „ 2 „ — 208 — „ $2^1/_2$ „ — 176 — nach 15 Wochen — 121 — nach 4 Monaten — 80. „ 4 „ — 190. „ 5 „ — 100. „ 6 „ — 147. „ 7 „ — 172. „ 8 „ — 97. „ 9 „ — 165. „ 10 „ — 164.
115	61	64	74	137	142	84	210	140	168		
118	72	98	146	194	152	169		156	170		
139	77	133	155					157			
178	86	149	183								
184	93	180									
	141	189									
	175	200									
	205	203									

Tabel

Todesfälle nach einzeitiger Ga-

Tagen.														
I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	3. Woche.
1	**5**	**3**	**10**	33		**17**	**16**	48	**22**	167	**8**	68		**24**
12	**6**	**14**	**13**	76		102	50	212				110		**25**
21	**7**	114	28				66					177		30
27	**11**	127	40											38
47	**15**	174	94											44
73	**18**	207	136											54
75	**19**		153											151
79	**23**		173											158
138	**26**		179											195
171	31		202											
	35													
	51													
	90													
	99													
	101													
	111													
	154													
	185													
	191													
	206													
	209													

l e B.

strostomie vertheilen sich nach:

4. Woche.	Monaten.										
	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	
82	77	203				36	210				
	175										Ausgang n. verzeichnet: № 71.
	205										Todesdatum n. angegeben: № 215. („bald“)
											Heilung constatirt nach: 2 Monaten № 208.

T a b e l

Todesfälle nach zweizeitiger Ga-

Tagen.														3. Woche.
I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	
57	9	41	67	45	32	45	125	37	2	91	46	95	52	105
88	69	56	109	89	42	160	135	144	143	150	119	204	124	108
216	70	81	120		123		197		181	217	163			122
	87	92			148									132
	106	145												159
	113	199												182
	161													188
	162													213
	186													
	193													
	219													

l e C.

strostomie vertheilen sich nach:

4. Woche.	Monaten.										
	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	
115	72	49	29	63	112	84	55	107	116	196	Ausgang n. verzeichnet:
118	86	64	74	137	142	169		140	168		№ 130.
139	93	98	146	194	152			156	170		Todesdatum n. angegeben:
178	141	133	155					157			№ 60. 96. 201. 211. —
184		149	183								Als „genesen" verzeichn.:
		180									№ 39. 65. 128. 131. —
		189									Heilung constatirt nach:
		200									1 Monat № 117.
											1½ Monate № 187.
											c. 5 Wochen № 218.
											2 Monaten № 83.
											2 „ „ 126.
											2 „ „ 192.
											2½ „ „ 176.
											15 Wochen „ 121.
											4 Monaten „ 80.
											4 „ „ 214.
											5 „ „ 100.
											6 „ „ 147.
											7 „ „ 172.
											8 „ „ 97.
											9 „ „ 165.
											10 „ „ 164.

T a b e l

Einzeitige Ga-

Tagen.														3. Woche.
I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	
1	**26**	**3**	28 94			**17** 102	**16** 50	48 212				177		
75	**15** * **19** 99		40	33			66			167	**8**	110		151 ? 195
12 **21** 47 138	**5** 31		173 202											30 38 *
27 73 79 171	**6** **7** **11** **18** **23** 35 90 101 111 154 185 191 191 206? 209?	**14** 78 114 ? 127 207K	**10** **31** 136 ? 153 179 ?	76								68		**24** **25** 44 ? 54 K 158 K

T a b e l

Zweizeitige

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	3. Woche.
	9 69 87	41 56 199	67	89	123	85		37	**2**	217	163		52 124	159
				45	148				143	150	119	95		213
88	113	92 145			32									108 182
57	70 106 186 193 219	81	109 120				125 135		181	91	46			105 122 K 132 188

Anmerkung. Ich habe in der letzten Rubrik in Tabelle D und E alle Fälle wo die Kachexie deutlich aus

l e D.

strostomie.

4. Woche.	Monaten. II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	
											Peritonitis.
	77 205										Lungenaffectionen. 215 = Tod „bald“
	175										Perforationen.
82		203				36	210K				Inanition u. Kachexie. 208. Genauere Daten fehlen.
											Nephritis acuta 174. Septicaemie — 22. —

l e E.

Gastrostomie.

4. Woche.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	
											Peritonitis.
178	86	98 133 180 189		194				156 157	116		Lungenaffectionen. 60*, 96*.
	93 141	200									Perforationen.
115 K 118 184 K		49K 64K 149K	74 146K 155	63	112	169K	55	107K 140K?	168K 170	196K	Inanition und Kachexie 211 nach einigen Wochen (K). Haemorrhag. a. d. Magenfistel 84. 142 Gastrit. acut. 139. Volvulus 197. Pyamie 183.

gesprochen war mit einem K bezeichnet.

Von den 219 Fällen auf Tabelle A. ist nur zweimal der Ausgang nicht angegeben, (Fall 70 und 130). In 7 Fällen ist der Tod, nicht aber die Zeit notirt, wann derselbe erfolgte Fall 60, 96, 134, 198, 201, 211, 215). Siebzehn Mal ist Heilung (von 1—10 Monaten) constatirt. 5 Fälle (39, 65, 128, 131, 214) müssen wegen ungenauen weiteren Verlaufs, sie sind in den Krankengeschichten als „genesen“ verzeichnet, aus der Betrachtung fortgelassen werden.

Rechnen wir auf die Heilung einer durch Magenfisteloperation gesetzten Wunde eine Zeit von 4 Wochen, so können wir 42 Fälle (in Tabelle A. von 2—11 Monat) als operativ geheilt ansehen. Es blieben mithin 145 Fälle mit tötlichem Ausgange übrig, von denen wiederum 27 auf die vorantiseptische Zeit entfallen. Es sind mir also im Ganzen 216 Gastrostomien wegen krebsiger Strictur des Oesophagus genauer bekannt, von denen 118 in der vorantiseptischen Zeit lethal endeten.

Von den 219 obengenannten Fällen ist die Gastrostomie 82 Mal einzeitig, 121 Mal zweizeitig ausgeführt, während beim Rest, 16 Fällen, nicht angegeben ist ob ein- oder zweizeitig operirt wurde.

Die einzeitig operirten 82 Fälle sind in 79 Malen genauer beschrieben. Die restirenden 3 Fälle entfallen auf eine Heilung (Fall 208), auf einen Fall ohne Angabe des Ausganges (Fall 71) und auf einen (Fall 215) ohne Todesdatum.

Bei den zweizeitig operirten 121 Fällen ist in einem Falle (130) der Ausgang nicht bezeichnet, in 4 Fällen, (60,96, 201 u. 211) nicht angegeben, wann der Tod eingetreten; 5 Fälle (39, 65, 128, 131 u. 214) finden sich als „genesen“ notirt, ohne näher ausgeführt zu sein; — die übrigen 111 Fälle sind mehr oder weniger genau beschrieben. Vom Reste gehören nur 2 Fälle der vorantiseptischen Zeit an.

Wenn wir Tabelle A. betrachten, so fällt die grössere Sterblichkeit in den ersten Tagen sofort in die Augen. Nehmen wir nun Tafel B. und C. zur Hand, so finden wir in beiden die ersten 3 Tage verhältnissmässig viel vertreten; doch verteilt sich die Sterblichkeitsziffer in Tafel B mehr auf die erste Hälfte derselben d. h. auf den Zeitraum innerhalb der ersten 4 Wochen. In Tabelle C. ist sie gleichmässiger auf alle Rubriken verteilt und haben wir, — wenn gleich auch hier ein Maximum in den ersten 3 Tagen besteht — doch zwischen 3 Wochen und 11 Monaten nach der Operation eine ganz ansehnliche Zahl von Fällen, ein Verhältniss wie es besonders beim Vergleichen beider Tabellen auffällt. Von 120 zweizeitig Operirten kommen 2 Fälle auf die vorantiseptische Zeit und in 8 Fällen ist nur 1 Akt der Operation ausgeführt worden; in 13 Fällen ist nicht gesagt, wann der 2. Akt ausgeführt worden ist.

Stellen wir die absoluten Zahlen beider Tabellen einander gegenüber, so finden wir in Tabelle B den I, II, III Tag mit je 10, 21 und 7 Fällen, welche Zahlen sich nach Abzug der in vorantiseptischer Zeit Operirten in 6, 12 und 5 verändern lassen. Der I, II, III Tag auf Tabelle C giebt 3, 11 und 6, oder nach Abzug eines vorantiseptischen Falles 3, 10, 6 Tote. In Tabelle B. auf 59 einzeitig Gastrostomirte in antiseptischer Zeit 6, 12, 5; in Tabelle C. auf 114 zweizeitig Gastrostomirte in antiseptischer 3, 10, 6. Es sprechen diese Zahlen zu deutlich zu Gunsten der zweizeitigen Operation um näher erklärt werden zu müssen. Stellen wir dieselben Rubriken mit Einschluss der in vorantiseptischer Zeit Operirten daneben, so erhalten wir:

Von 81 einzeitig Gastrostomirten 10, 21 und 7 Todesfälle am I, II, III Tage
von 120 zweizeitig „ „ „ 3, 11 und 6 „ „ „ I, II, III „

Diese beiden Zahlen heben das günstige Resultat, das wir in der ersten Zusammenstellung fanden, noch um ein Bedeutendes.

Was die Todesursachen anbetrifft, so habe ich dieselben in 5 Gruppen geteilt:

I. Peritonitis, II. Lungenaffection, Pneumonie etc., III. Perforationen, die auch häufig zu Erscheinungen der II. Gruppe Anlass geben, IV. Inanition und Kachexie, V. Zufällige Todesarten.

Betrachten wir nun diese 5 Gruppen in Tafel D. und E (die nur Rubricirungen von Tafel B. und C. sind).

Die Lungenaffectionen sind bei den einzeitig Operirten 15 Mal, bei den zweizeitigen 19 Mal vertreten.

Perforationen finden sich bei den einzeitig Operirten 11 Male, bei den zweizeitig 10 Mal.

Inanition und Kachexie treffen wir bei den einzeitig Operirten 39, bei den zweizeitig Operirten 36 Mal.

Die zufälligen Todesarten lassen wir für's Erste bei Seite. Nimmt man die absoluten Zahlen aus dieser Vergleichstabelle, so würde der erste Blick für die einzeitige Gastrostomie sprechen, wenn die Vergleichung der Todesfälle nach der Zeit uns nicht eines Besseren belehrte.

Die Lungenaffectionen zeigen in Tafel D eine Sterblichkeit, deren grösste Menge sich auf die ersten 14 Tage verteilt, während nur 4 Fälle einer späteren Zeit (2 in der 3. Woche, 2 im 3. Monate) angehören.

Bei den Lungenaffectionen auf Tafel E finden wir das Maximum der Verteilung im Zeitraume von 3 Wochen bis 10 Monaten, in der 2. Hälfte; dabei sind in der ersten Hälfte (den ersten 14 Tagen) nur 6 Fälle, die übrigen 11 nach 3 Wochen und hier die meisten (4 Fälle) im 3. Monate, während bei zwei (60 und 96) das Todesdatum nicht angegeben ist.

Perforationen zeigen in beiden Fällen fast gleiche Zahlen, 11 und 10; bei den einzeitig Operirten sind auch hier die ersten 4 Tage mit der Hauptsterblichkeitsziffer (8) und nur die 3. Woche mit 2, der 2. Monat mit 1 vertreten.

Bei den Zweizeitigen entfallen auf die ersten 6 Tage 5, auf die 3. Woche bis 3. Monat die weiteren 5.

Perforation hat nur 1 Mal in die Aorta (Fall 141), 2 Mal ins Mediastinum (Fall 38 und 145), je 3 Mal in einen Bronchus (Fall 92, 113, 182) und ins Lungengewebe (32, 93, 175), in den übrigen 12 Fällen in die Trachea stattgefunden (Fall 5, 12, 21, 30, 31, 47, 88, 108, 138, 173, 200 und 202).

In der 4. Gruppe, der der Inanition und Kachexie, tritt uns der Vorzug des zweizeitigen Verfahrens am Deutlichsten entgegen, — wir finden bei den einzeitig Gastrostomirten von 39 Fällen 29 in den ersten 5 Tagen, die übrigen 10 im Zeitraume von 13 Tagen bis 8. Monat mit einem Maximum (5 Fälle) in der 3. Woche. Bei der zweizeitigen Gastrostomie verteilen sich die 37 Fälle wiederum mehr auf die 2. Hälfte der Rubrik und sind im Laufe der ersten 14 Tage 14 Fälle notirt, die übrigen 23 kommen auf die Zeit von 3 Wochen bis 11 Monaten mit einem Maximum in der 3. Woche (4 Fälle).

Freilich ist bei den Inanitionsfällen zu berücksichtigen, dass Viele der Kranken fast schon in extremis operirt wurden, so dass ein einzeitiges Vorgehen durchaus erforderlich und der Beweggrund zur Operation nur der war, die Kranken nicht ohne einen letzten Versuch zu ihrer Erhaltung Hungers sterben zu lassen.

Bei der zweizeitig ausgeführten Gastrostomie, also in Fällen, wo Patient nicht schon auf's Aeusserste geschwächt war, tritt als Todesursache in späterer Zeit zwischen 3 Wochen und 11 Monaten besonders häufig die Kachexie (unter 23 Fällen 12 Male) in den Vordergrund, ein Ausgang, den zu vermeiden die Gastrostomie nie angestrebt hat.

Die letzte und fünfte Gruppe weist Todesarten auf, die in gar keinem Zusammenhange mit der Operation selbst stehen; so 1 Mal Nephritis interstitialis acuta (Fall 174), ein Mal Gastritis acuta (Fall 139), ein Mal Ileus (Fall 197), zwei Male (Fall 84 und 142) Hämorrhagien aus der Magenfistel; in den beiden letzten Fällen handelt es sich um Carcinome der Cardiagegend, so dass ein Insult des Carcinoms durch den operativen Eingriff wohl möglich wäre wenn nicht im ersten Falle (84) der Tod nach 4, im zweiten (142) nach 6 Monaten erfolgt und dieser Ausgang daher wahrscheinlich auch ohne Operation sich eingestellt hätte.

Zwei Fälle (22 und 183) sind mit Septicaemie und Pyaemie als Todesursache bezeichnet.

Die erste Gruppe, die der Peritonitisfälle nehme ich zuletzt, weil sie mir von grosser Bedeutung zu sein scheint und meine Vorarbeiter ihr Häufikeitsverhältniss bei ein- und zweizeitiger Gastrostomie in ein falsches Licht gestellt zu haben scheinen. Es sind im Ganzen 29 Peritonitisfälle. Von diesen entfallen 12 auf einzeitiges und 17 auf zweizeitiges Operationsverfahren, mithin auf 82 und 120 Operirte, ein Verhältniss das bei beiden Operationsmethoden fast dasselbe Resultat ergiebt. Rechnen wir nun die vorantiseptischen Fälle ab, so blieben für die einzeitige Gastrostomie 7, für die zweizeitige 15 nach auf 59 und 113; also auch hier fast dasselbe Verhältniss. Ich glaube ich trete mit diesen meinen Zahlen in Widerspruch zu vielen Anderen, doch habe ich absichtlich nur absolute Zahlen gegeben; ich möchte bemerken, dass ich die Angabe von Procentzahlen vermeide, weil ich dieselben bei so kleinen Summen wie Maximum 200 für eine Quelle beständiger Trugschlüsse halte. Dass bei antiseptischem Regime das Eingehen in die Peritonealhöhle ungefährlicher geworden, ist eine unbestrittene Thatsache weshalb ich auch glaube, dass nur die kleinen Zahlen, über die ich verfüge, die Schuld tragen, wenn ich nicht sprechendere Beweise beibringe. Wenn wir die übrigen Stricturen, die zur Gastrostomie Veranlassung gegeben, mit in den Rahmen dieser Arbeit gechlossen hätten, wäre das Verhältniss ein viel deutlicheres, da die Narbenstricturen (die Hauptindication nächst Carcinom) ein viel günstigeres Resultat in dieser Hinsicht bieten.

Das Verfahren bei den Gastrostomien, wie es in der Chirurgischen Abtheilung des Klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna zu St. Petersburg, woselbst ich seit bald 3 Jahren als Assistent zu fungiren die Ehre habe, geübt wird, zerfällt in drei Theile:

1. Vorbereitung zur Operation.
2. Operation als solche und
3. Nachbehandlung.

Zur Vorbereitung rechne ich zuerst die Desinfection des Operationsraumes, dann die der Instrumente, die Reinigung des Operateurs und seiner Assistenten und endlich die Vorbereitung des Kranken selbst. Nach gründlicher Waschung des Operationszimmers mit Seife und Bürste wird dasselbe Morgens gehörig erheitzt (+ 20—23° R) darauf der Spray, in der Regel 1—2 Stunden vor der Operation mit 5% Carbolsäurelösung in Thätigkeit gesetzt. (Der Spray wird in einer Entfernung von 6 Fuss vom Operationstische aufgestellt, so dass der Dampf- und Carbolkegel den ganzen Operationstisch und seine nächste Umgebung bestreicht.)

Die Instrumente, ebenso mit Seife und Bürste sorgsam gewaschen, werden, 1 Stunde vor Beginn der Operation in mit 5% Carbollösung gefüllte Schalen gelegt.

Die Seide wird einfach in Sublimatlösung (1:1000) eine Stunde lang gekocht, dann in Sublimatalkohol aufbewahrt. Falls die präparirte Seide längere Zeit gelegen, wird sie unmittelbar

vor der Operation nochmals frisch ausgekocht. Wir bedienen uns bei der Gastrostomie nur Seide mittleren und dünnsten Calibers. Catgut brauchen wir nur, — und auch nicht immer — zur Umnähung des Peritoneums an die Bauchwand; dieses Lister'sches Catgut, wird bei uns nochmals mit Juniperusöl behandelt; trotzdem haben wir damit ungünstige Erfahrungen gemacht.

Die Reinigung des Operateurs und seiner Assistenten ist bei dem heutigen antiseptischen Regime hier abzuhandeln wohl überflüssig.

Von Lösungen, die wir zur Irrigation des Operationsfeldes benutzen, sind bereit: Sublimatlösung (1 : 1000), warme Borsäure (3 ^{0}) und Salicylsäurelösung zur Tränkung der zur temporären Bauchtamponade zu verwendenden Compressen. Diese Compressen brauchen wir nur aus Jodoformmarly.

Die Jodoformmarly wird im Institute selbst präparirt. Die weiche Marly wird, ca. 1 Stunde lang in Sublimatlösung (1 : 5000) ausgekocht, getrocknet und darauf frisch mit Jodoformätherlösung getränkt in gut verschliessbaren Glasgefässen aufbewahrt.

Schwämme brauchen wir gar nicht, da ihre Reinigung doch nur eine illusorische ist, an ihrer Stelle benutzen wir in Sublimatlösung (1 : 1000) gerollte Wattebäusche, die unmittelbar vor ihrem Gebrauche gehörig ausgedrückt werden.

Der Patient selbst erhält ein Bad, vor der Operation ein Klysma; beides richtet sich jedoch nach dem Kräftezustande des Kranken.

Soll nun zur Operation geschritten werden, so wird der Kranke auf dem Operationstisch gelagert und hier nochmals eine genaue Reinigung des Abdomen mit Seife und Bürste vorgenommen. Die Haare des Abdomen werden rasirt, dann, nachdem alle Seife abgespült und der Kranke abgetrocknet, das Operationsfeld und seine Umgebung gründlich mit Aether sulf. abgerieben, um auch die letzten, durch Seife noch nicht gelösten Fetttheilchen und an ihnen haftenden Schmutz wegzubringen. Dann wird mit Sublimatlösung irrigirt und das ganze Operationsfeld mit einer in Carbollösung (5 %) getauchten Compressen (dicke, hygroskopische Watteschicht) überdeckt.

Eine besondere Sorgfalt wird auf das Warmhalten des übrigen Körpers des Patienten verwandt, was durch Einwickelung der Extremitäten in Flanellbinden, Ueberdeckung mit einer wollenen Decke völlig erreicht wird. Damit nun diese Wollsachen keinen Grund zur Verunreinigung des Operationsfeldes abgeben können, werden sie mit Gummizeug isolirt, das seinerseits von in Sublimatlösung getränkten Handtüchern bedeckt ist. Diese Handtücher werden im Laufe der Operation gewechselt oder von Neuem angefeuchtet.

Nun folgt die Narkose. Wir haben sie hier stets nur mit reinem Chloroform ausgeführt. Die verhältnissmässig wenigen Versuche, die ich mit einer Mischung von Chloroform und Aether angestellt, haben mich von den Vorteilen einer derartigen Narkose nicht überzeugen können.

In einzelnen Fällen (207, 208, 210) haben wir mit Vorteil die Anaesthesie durch subcutane und parenchymatöse Injectionen von Cocainum muriat. erzielt. Die Anaesthesie gelang in zwei Fällen vollkommen und klagten die Patienten nur über ein unangenehmes Gefühl von Zug und Druck beim Herausziehen des Magens aus der Bauchwunde. In einem Falle währte die Anaesthesie nicht lange genug, so dass Patient die Anlage der letzten Nähte schmerzhaft empfand. Hierbei ist zu bemerken, dass in keinem Falle mehr als, 0,04 Cocain muriat. angewandt wurde.

Ein Punkt, der freilich bei der Chloroformnarkose zu denken giebt, sind die manchmal auftretenden Brechbewegungen, die gewiss bei längerem und stärkerem Bestehen die frisch angelegten Magennähte gefährden können. Von unseren Fällen ist vielleicht in Fall 217 die Loslösung der Magenwand im oberen und unteren Wundwinkel auf Rechnung des Erbrechens zu setzen, in den übrigen Fällen ist daraus kein Fehlschlagen resultirt, was aber bei ihrer geringen Zahl keinen Anspruch auf Beweiskraft hat.

Schreiten wir nun zur Operation. Den 4—6 Ctm. langen Schnitt durch die Bauchdecken legen wir nach Fengers Vorschlag an, ungefähr 1 fingerbreit unterhalb des Processus xiphoideus beginnend, parallel dem linken Rippenbogen und 1 querfingerbreit von ihm entfernt. Dieser Hautschnitt fällt in der Regel direkt auf die Fasern des musc. obliq., nur selten erscheinen im oberen Wundwinkel noch Fasern des musc. rectus. Von nun an wird praeparando vorgegangen, blutende Gefässe gefasst und gleich unterbunden. Nach Durchtrennung der letzten Muskelschicht stösst man auf die fascia transversa und das darunter liegende Peritoneum. Die fascia wird einzeln oder mit dem peritoneum (je nach der Dicke der Schichten) zwischen 2 Hakenpincetten gefasst und auf der Hohlsonde durchtrennt oder falls das Peritoneum mit eröffnet wurde, auf dem eingeführten Finger. Während der Peritonealschnitt bis in den oberen und unteren Wundwinkel verlängert wird, fasst der Assistent den durchschnittenen Peritonealrand mit Klemmpincetten und schlägt ihn über den Wundrand. Auf diese Weise wird später das Suchen nach dem Peritoneum vermieden und zugleich die Wunde klaffend erhalten. Bis zu diesem Akte ist die Wunde stets mit Sublimatlösung gespült worden, von nun an wird bei jeder Irrigation die Bauchwunde sorgfältig geschlossen gehalten.

Sieht man nun in den Bauchschnitt hinein, so habe ich fast in allen Fällen das nämliche Bild erhalten: links unter dem Wundrande erscheint der linke Leberlappen, nach oben zu sieht man das den Atembewegungen folgende diaphragma, in der Tiefe ein Convolut von zusammengefallenen Därmen. Von aussen her mit dem Auge den Magen zu erkennen, ist nicht immer möglich, selbst in dem Falle, wo wir es mit einer exquisiten Magendilatation zu thun hatten, lag derselbe doch so sehr nach hinten hin, dass er von den Därmen nicht unterscheidbar war.

Jetzt geht der Operateur mit 1 resp. 2 Fingern, nach vorheriger Abspülung der Hände in Carbolsäurelösung, durch den Bauchschnitt in die Bauchhöhle ein, schiebt die Finger unter den linken Leberlappen und fasst was da liegt. Manchmal trifft man direkt auf den Magen und zieht ihn vor, in anderen Fällen fasst man das Netz, dann muss man dasselbe vorsichtig vorziehen, so lange bis die Curvatura major in Sicht kommt. Ist dies geschehen, so wird der Magen gefasst und das Netz reponirt. Um uns davon zu überzeugen, dass wir wirklich den Magen vor uns haben, dient einerseits der Ansatz des Netzes, andrerseits die von Trendelenburg hervorgehobene charakteristische Schlängelung der Arteria gastroepiploica. Auch die Dicke der Magenwand sichert schon das Gefühl über den Befund, so dass eine Verwechselung mit dem Colon transversum, wie sie in der Literatur verzeichnet, uns nicht vorgekommen ist.

Nachdem wir uns so davon überzeugt, dass der Magen leicht in die Wunde hineingebracht werden kann, wird er reponirt und nun schreiten wir zur Umsäumung der Bauchwundränder mit Peritoneum.

Es werden die Intestina vorsichtig mit einer in warmer Salicyl- oder Borsäurelösung getränkten und gründlich ausgerungenen Jodoformmarlycompresse überdeckt, um dieselben

teils vor Wärmeverlust, teils auch vor etwaigen Verunreinigungen, die während der jetzt folgenden Manipulationen wohl eintreten können, zu bewahren.

Die Umsäumung der Bauchwunde mit Peritoneum üben wir mit fortlaufender Catgut- resp. Seidennaht. Die früher angelegten Klemmpincetten erweisen sich hierbei von grossem praktischen Werte.

In neuerer Zeit haben sich verschiedene Stimmen gegen diese Umsäumung ausgesprochen als gegen ein unnützes Verlängern der Operationsdauer. Morosow und Fiedler als Vertreter einer Schule wollen diesen Vorschlag, der zuerst von Müller gemacht wurde, schon deshalb nicht gelten lassen, weil das Peritoneum hier untrennbar mit den darüberliegenden Schichten verwachsen sei und ein bei dieser Naht unvermeidlichen Zug am Peritoneum in der Umgebung von übler Folge sein könne. Als Beweis dafür will Morosow die Verhältnisse an Leichen anführen, die jedoch, glaube ich, auf Elasticitätsverhältnisse lebender Gewebe absolut nicht anwendbar sind. Ferner habe ich in allen Fällen mit exitus lethalis das Peritoneum in der Umgebung der Wunde untersucht und selbst in verhältnissmässig frischen Fällen nie mehr als Haemorrhagien gefunden, die aber bei einem mehrere Schichten durchdringenden Weichteilschnitt unvermeidlich sind. Auch während der Operation sind wir nie auf die geringsten Schwierigkeiten beim Hinausziehen des Peritoneums gestossen. In einzelnen Fällen war sogar ein Ueberschuss von Peritoneum da, so dass dieser mit der Scheere abgetragen werden musste. Was die Abkühlung des Peritoneums durch längeres Operiren betrifft, so glaube ich, werden diese paar Minuten, die eine fortlaufende Naht erfordert, vielfach aufgewogen durch die grössere Haftfläche für die anzunähende Serosa des Magens. Ausserdem ist das Hineinschleichen von Verunreinigungen zwischen die Gewebsspalten bei nicht angelegter Müller'scher Naht unstreitig leichter möglich. Die fortlaufende Naht hat den Vorzug vor der Knopfnaht, insofern als das Anliegen der Wundränder eben so genau, an Zeit aber bedeutend gespart wird.

Ist nun die Peritonealumsäumung vollendet, die Umgebung gereinigt, so wird der Marlytampon aus der Bauchhöhle entfernt, der Magen wieder hervorgezogen und zu seiner Fixation in der Bauchwunde geschritten.

Hierbei möchte ich bemerken, dass wir mehrmals beobachtet haben, dass die Tractionen am Magen von Verlangsamung des Pulses oft auch von Collapserscheinungen gefolgt waren; Beobachtungen, wie sie sich auch bei Dianin etc. finden.

Bei der Fixation des Magens ist vor Allem auf die richtige Lage der einzunähenden Magenfalte zu achten, sie muss wenn möglich in der Mitte der Vorderwand, gleich weit vom Pylorus wie Cardia liegen. Die Magenfalte wird mit den Fingern gefasst, aus der Bauchhöhle gezogen und in dieser Stellung, während der Operateur die äussersten Winkel fixirt, vom Assistenten gehalten. Die früheren Vorschläge den Magen mit besonderen Zangen zu fassen und anzuziehen, hat schon Fenger zur Genüge widerlegt. Die Magennaht wird folgendermassen geübt: Es werden in den beiden Winkeln des Bauchschnitts Nähte durch die ganze Dicke der Bauchwand (1—$1^1/_2$ Ctm. vom freien Rande), darauf durch Serosa und Muscularis des Magens (ca. 1 Ctm. lang) gelegt; diese Nähte werden sofort geknüpft. Längst dem oberen wie unteren Wundrande wird nun eine ganze Reihe von derartigen Knopfnähten in Abständen von über 1 Ctm. angelegt, die Fäden jedoch erst nach Vollendung der ganzen Reihe geschlossen. Von praktischem Vorteil ist es, die Fadenenden jeder Schlinge vor dem Knüpfen mit Péanscher Pincette gefasst zu halten, um auf diese Weise ein Verschlingen der Fäden zu verhüten. Sind nun die Nahtreihen vollendet, und die Fäden geknüpft, so wäre hiermit der erste Akt

der Gastrostomie beendet. Die Blutung ist in der Regel gering und stören nur zuweilen die in der Magenwand selbst verlaufenden Gefässe, die etwas stärker spritzen, deren Blutung aber schon durch Schluss der Naht gestillt wird.

Schreitet man nicht gleich zum 2. Akte, so wird Patienten ein Verband angelegt. Dieser besteht bei uns aus: 1. Jodoformmarly, die gekrüllt, direkt auf die Wunde und ihre Umgebung gelegt wird. 2. einer Schicht Salicyl. 3. hygroskopischer Watte. 4. weicher und appretirten Marlybinden. Patient wird ins Bett gebracht und für die ersten 24 Stunden strengste Rückenlage mit niedrigliegendem Kopfe (wenn möglich nur 1 Kissen) angeordnet.

Der 2. Akt der Operation, — wird er nun einige Tage später oder sofort in Anschluss an den 1. Akt vollführt, — besteht zunächst in Fixation des freiliegenden Magenstücks durch 2 einzinkige scharfe Häkchen in der Mitte der Fläche. Die Häkchen werden etwas angezogen und zwischen ihnen ein enges spitzes Bistouri von ca. 3 Mm. Breite durch die Magenwand gestossen. In die so entstandene Oeffnung werden 2 stumpfe Häkchen und darauf zwischen ihnen das zur Fütterung bestimmte Drainrohr eingeführt. Wir machen absichtlich die Magenöffnung so klein als möglich, da in den ersten, der Operation folgenden, Tagen die Weichteile dem Drucke des eingeführten Drainrohrs etwas nachgeben und somit ein 1—2maliges Uebergehen zu dickeren Drainröhren nötig machen. Ist dieses erste Nachgeben vorüber, so braucht man ein weiteres Zurückziehen der Ränder nicht zu fürchten; es wird selbst in Fällen, wo ein nachheriges Klaffen eintreten sollte, die gänzliche Entfernung des Drains auf einige bis 24 Stunden genügen, um die Fistel soweit sich zusammenziehen zu lassen, dass der wieder eingeführte Drain die Oeffnung vollständig schliesst.

Der an dem Magenende schief abgeschnittene Drain wird 4—5 Ctm. tief in den Magen hineingelassen, an dem oberen ca. 10 Ctm. langen Ende, das aus der Wunde hervorsieht, wird eine Sperrklemme, wie sie beim Titriren üblich, aufgezogen. In der Regel begiessen wir die ersten Schichten Krüllmarly die die Wunde decken und den Drain umgeben, mit Jodoformcollodium (1:). Dieses geschieht sowohl zum Abschluss der Wunde, als auch zum Schutze vor dem Abknicken des Drains. Wenn nun jetzt, während der Anlage des Verbandes der Drain vorsichtig in aufrechter Stellung gehalten wird, so gelingt es einen vollkommen festen Verband anzulegen und den Drain in seiner Lage nicht zu verrücken.

Dieser Verband bleibt, wenn möglich, bis zur Entfernung der Nähte (10—14 Tage) liegen. Freilich habe ich in unseren ersten Fällen schon am Tage nach der ersten Fütterung den Verband wegen Verstopftsein des Drains wechseln müssen, — ich beziehe diesen Umstand jedoch auf einen schlecht angelegten Verband, da ich beim Eingehen in den Drain mit langer Metallsonde auf Biegungen der Röhre stiess, was in späteren Fällen, wo darauf Rücksicht genommen wurde, zu vermeiden gelang.

Durch eine auf diese Weise angelegte Magenfistel und die Art des Verbandes ist es uns geglückt Apparate, wie sie vielfach empfohlen, ganz zu entbehren und doch einen völlig sicheren Schluss der Fistel zu erringen.

D i e F ü t t e r u n g. Ich möchte bei derselben nur die per fistulam berücksichtigen, wobei ich natürlich den Werth von Nährklystieren nicht in Abrede stelle; bei uns sind sie stets bis zur Anlage der Magenfistel und die beiden ersten Tage nach derselben ordinirt worden.

Wir füttern den Kranken bis 3 Mal täglich (natürlich auch hier allmählig steigend). Patient erhält bei jeder Fütterung $^1/_4$ ℔ Fleisch, $^1/_3$—$^1/_2$ Flasche Milch, 1—2 Eigelb, 1 Glas Portwein, späterhin Branntwein und ca. 30,0 Syrup zum Ersatz der Kohlhydrate.

Da wir in jedem Falle das Schonen der carcinösen Strictur als ein Haupterforderniss unseres Erfolges hinstellen, andrerseits auch durch die Kleinheit der Magenfistel gezwungen sind leichtflüssige Nahrung einzuflössen, so haben wir auf das von Trendelenburg hingewiesene Durchkauen und Einspeicheln des Fleisches vom Kranken selbst, — zumal da ein unwillkürliches Verschlucken eines Teiles unmöglich vermieden werden kann — und ausserdem noch die Intelligenz des Patienten zu berücksichtigen ist, — verzichtet. Es wird das Fleisch folgendermassen zubereitet:

Es wird vom besten (Filet) Fleische geschabt, dann durch ein feines Haarsieb 1—2 Mal durchgerieben; dieses so präparirte Fleisch giebt unter Zusatz von Eigelb, Verreiben desselben und allmähligem Hinzugiessen von Milch eine dünnflüssige Emulsion, in der die Fleischpartikel, wenn während des Zugiessens der Milch gut umgerührt wurde, ganz fein verteilt, nicht in Klumpen zusammengebacken sind. Dieses ist in einem Hospital mit beschränkter Zahl des Wartepersonals schwer zu erreichen und wird wohl dort stets die Arbeit des Arztes selbst oder eines intelligenteren Heilgehilfen sein müssen. Bei uns ist es die Aufgabe der dujourirenden barmherzigen Schwestern, die es zu einer grossen Gewandtheit darin gebracht haben.

Beim Fütterungsakte entfernt man die Sperrklemme, setzt dann einen Glastrichter an das Drainrohr und giesst vorsichtig erst den Wein, dann die Fleischemulsion und den Syrup hinein. In der Regel giessen wir noch ein Spitzglass reinen Wassers nach, um das Drainrohr durchzuspülen. Nach Einfüllung wird der Trichter entfernt und die Sperrklemme wieder auf den Drain gesetzt; Drain und Sperrklemme mit einer Tour einer weichen Binde oberhalb des Verbandes fixirt.

Bei fast allen Patienten sahen wir schon beim Hineingelangen der ersten Speisemenge in den Magen, Schluckbewegungen ausgelöst werden. Die Kranken gaben an, Wärmegefühl beim Hineingelangen des Weines, sonst nur Gefühl von Völle im Magen zu haben. Per os gestatteten wir nur ganz zu Anfang, während des heftigen Durstes, Eisstückchen zu schlucken, wenn möglich dieselben nur im Munde zu halten uud wieder auszuspeien. Den Vorschlag, bei heftigem Durste Hals und Brust mit feuchtem Schwamme abreiben zu lassen oder direkt feuchte Compressen auf den Hals zu legen, haben wir zweimal, wie es schien mit Erfolg, angewandt.

Fasse ich jetzt kurz die Schlüsse zusammen, zu denen mich meine Arbeit geführt, so ist:

I. Die Gastrostomie bei diagnosticirtem Oesophaguscarcinom so früh als möglich auszuführen.

II. Eine gewöhnliche Sondenbehandlung durchaus zu verwerfen und die Sonde selbst zu diagnostischen Zwecken mit der äussersten Vorsicht zu handhaben.

III. Die Operation selbst ist, wenn möglich, zweizeitig zu machen, doch verschlechtert die einzeitige Methode die Prognose nicht.

IV. Ausführung nach Fenger, wobei von der Müller'schen Umnähung durchaus nicht abgestanden werden soll. Letztere ist des raschen Operirens wegen mit fortlaufender Naht zu machen.

V. Ist jeglicher Apparat weniger zweckentsprechend, als ein einfacher Drain, letzterer muss recht dünn, unter ½ Ctm. im Durchmesser, gewählt werden.

VI. Zur Fixation des Drains eignet sich am Besten mit Jodoformcollodium getränkte Marly die den Drain umgiebt und die Bauchwunde hügelförmig deckt. Es wird so am leichtesten ein Abknicken des Rohres vermieden.

VII. Bei einmal eingeleiteter Fütterung per fistulam ist die Aufnahme von Nahrung per os durchaus zu verbieten und nur intelligenten Patienten das Vorkauen und Einspeicheln der Nahrung als Vorakt der Fütterung zu gestatten.

VIII. Das Verlassen des Bettes ist vor dem 10. Tage gewagt, weil es Fälle gegeben hat, wo eingenähte Intestina noch nicht festere Adhäsionen mit der Bauchdecke eingegangen waren.

IX. Dass die Operationsmethode allen Anforderungen der Antisepsis genügen muss, brauche ich wohl nicht hinzuzufügen. Dabei möchte ich mir noch die Bemerkung erlauben, dass Catgut als Nähmaterial möglichst zu vermeiden wäre, weil es selbst bei gewissenhafter Präparation nicht immer vollkommen aseptisch gemacht werden kann.

Die noch nicht veröffentlichten Fälle.

I. (Fall 146.)

Dombrowsky 2./V. 1883. Nach einer Mitteilung Dr. Dombrowsky's.

Am 30. April 1883 wurde die 46 Jahr alte Марья Федотова ins Peter-Paul-Hospital in St. Petersburg aufgenommen und gab an, seit dem Febr. an Schlingbeschwerden zu leiden und im März die Fähigkeit verloren zu haben, consistente Nahrung zu schlucken. Seit der Zeit nährte sich Pat. nur von flüssigen Nahrungsmitteln, doch machte ihr sehr bald das Schlucken von Flüssigkeiten Schwierigkeiten und behauptet sie, in den letzten 5 Tagen nicht einmal Wasser herunterbringen zu können. Pat. ist sehr abgemagert und anämisch, die Haut ist welk und lässt sich in grossen Falten abheben. Das Abdomen ist tief eingesunken, die Pulsation der Aorta deutlich fühlbar. In der Magengegend weder Empfindlichkeit noch Geschwulstbildung nachweisbar. An beiden Seiten des Halses kleine, bewegliche, harte Lymphdrüsen. Beim Versuch Wasser zu schlucken wird nach wenigen Secunden dieselbe Menge regurgitirt. Pat. wirft viel blutigen Schleim aus und leidet an Aufstossen und penetrantem foetor ex ore. Lues und Narbenstricturen können ausgeschlossen werden. Es lag daher sehr nahe ein ulcerirtes Epitheliom des Oesophagus anzunehmen und wurde in Folge dessen die Sondenuntersuchung unterlassen. Der einzige Wunsch der Kranken war, wie gewöhnlich in solchem Falle, von dem quälenden Durst- und Hungergefühl befreit zu werden. Es wurde vorläufig ein Ernährungsklystier aus Milch und Eiern applicirt und fühlte sich Pat. darauf sehr erleichtert, sie konnte nach langer Zeit, wie sie selbst sagt, wieder eine Stunde schlafen. Die ernährenden Klystiere wurden 3mal täglich wiederholt und von Pat. stets gut behalten. Da nun aber die Ernährung per rectum für die Dauer nicht ausreichend ist, so wurde am 2. Mai die Gastrostomie in der Chloroformnarkose ausgeführt. Hautschnitt ca. 10 Ctm. lang von der Spitze des proc. ensiform. schräg nach unten und aussen parallel dem linken Rippenbogen verlaufend. Durchtrennung der Musculatur ohne erhebliche Blutung, da ich mich hart an die Aussenseite des m. rectus hielt. Das Peritoneum wurde zwischen 2 Pincetten eingeschnitten und in der Länge der Bauchdeckenwunde eröffnet. Darauf wurde das Bauchfell durch eine Reihe dichtgestellter Suturen mit der Bauchdecken vernäht und alsdann zur Aufsuchung des Magens geschritten. Nachdem der linke Leberlappen, der vorlag, nach rechts gedrängt war, konnte der unter dem Rippenbogen zusammengefaltene Magen an einer Stelle der grossen Curvatur vorgezogen und darauf mit 8 sogenannten Matratzennähten an das Peritoneum und die Bauchwand genäht werden. Die Nähte wurden folgendermassen angelegt. Die Nadel wurde durch Haut, Bauchdecke, Peritoneum, Serosa und Muscularis des Magens gestochen, darauf unter Serosa und Muscularis ca. 1 Ctm. weiter geführt, alsdann ausgestochen und wieder durch's Peritoneum, Bauch-

decke und Haut geführt und geknüpft. Durch diese Sutur wurde nun am obern und untern Wundwinkel die Faltenbildung des Magens vermieden und andrerseits eine grosse Fläche des Magens mit dem Peritoneum in Contact gebracht. Es folgten natürlich noch eine ganze Anzahl oberflächlicher Suturen. Damit war der erste Akt der Operation beendet und wurde die Wunde antiseptisch verbunden. Es konnte in diesem Fall mit der Eröffnung des Magens gewartet werden, weil, wie schon gesagt, Pat. die Ernährungsklystiere sehr gut vertrug und das Hungergefühl zum Teil durch sie benommen wurde. Der Wundverlauf war vollständig reactionslos. Die höchste Temperatur war in den nächsten Tagen 37,2. Am 7. Mai, 5 Tage nach der ersten Operation, folgte der 2. Akt der Operation, die Incission des Magens, wobei anfänglich gar keine Blutung war. Es wurde ein Drain in die ca. 2 Ctm. grosse Magenöffnung gelegt, $1/2$ Glas Milch hineingegossen. Nach einer Stunde sollte wieder die Fütterung vorgenommen werden und als ich zur Pat. kam, fand ich die Verbandstoffe von Blut durchtränkt. Nach Entfernung derselben sickerte noch recht reichlich Blut aus der durchtrennten Magenmuscularis. Ich half mir damit, dass ich durch eine umschlungene Naht die Schnittränder des Magens umsäumte. Die Blutung stand und darauf entfernte ich durch Ausspülung und Auspumpen mit einer Spritze das hineingeflossene Blut aus der Magenhöhle. In den nächsten Tagen erholte sich Pat. beträchtlich. Die Ernährung bestand in den ersten 14 Tagen in Fleischsaft, Milch, Eiern und Wein. In der 3. Woche vertauschte ich den Fleischsaft mit rohem gehackten Fleisch und erhielt Pat. von da ab 2 Flaschen Milch, 9 Eier, 1 Pfd. Fleisch und 6 Unzen Wein täglich. Es wurden diese Nahrungsmittel zu einem flüssigen Brei zerrieben und in 3 Portionen verabfolgt. Die Kräfte der Pat. nahmen bedeutend zu; 14 Tage nach der Operation verliess Pat. das Bett und in der 3. Woche ging sie in den Garten, hielt sich da den Tag über auf und kam nur zu den Fütterungen in die Palate. Die gute Ernährung und die frische Luft bewirkten natürlich auch, dass Pat. an Gewicht zunahm.

Am 29. Mai betrug das Gewicht der Pat. 40,2 Kilogrm.
„ 14. Juni „ „ „ „ „ 41,53 „
„ 25. „ „ „ „ „ „ 44,20 „

Es hatte also die Pat. in einem Monat trotz Carcinomleidens über 4 Kilogrm. an Gewicht zugenommen. Der Gemütszustand der Pat. war auch ein recht guter. In der ersten Zeit klagte sie über ein lästiges Durstgefühl, das aber dadurch besser wurde, dass ich ihr nach den Mahlzeiten jedes Mal noch ein Glas Wasser in den Magen goss. Von Zerkauen und Zerkleinern der Speisen von Seiten der Pat. musste in diesem Falle anfänglich Abstand genommen werden, weil Pat., wie schon erwähnt, vom ulcerirten Carcinom aus reichlich Blut auswarf und an einem foetor ex ore litt. Nachdem der foetor ex ore durch häufige Spülungen des Mundes mit einer Lösung von Kali hypermang. geringer geworden war, veranlasste ich die Pat. einige Speisen des Geschmackes halber in den Mund zu nehmen, doch schien der Pat. diese Procedur nicht zu gefallen und erklärte sie den Geschmack nicht zu vermissen. Das sonst häufige Vorkommen, dass die Stricturen nach der Gastrostomie für Flüssigkeiten wieder wegsam werden, trat bei meiner Pat. nicht ein. Die Schluckversuche missglückten stets und musste sie den Speichel und Schleim in ein dazu bereitgehaltenes Gefäss lassen. Den Juni über und Anfang Juli fühlte sich Pat. recht wohl. Ende Juli aber, am 21., begannen abendliche Temperaturerhöhungen, Pat. hustete mehr, warf sehr viel foetide Massen aus, klagte über Brustschmerzen. Die physikalische Untersuchung ergab hinten rechts am mittleren und unteren Lungenlappen Dämpfung und weit verbreitete Rasselgeräusche. Anfang August

verliess Pat. nicht mehr das Zimmer, fieberte auch des Morgens und klagte über Atembeschwerden. Vom 10. August schlaflose Nächte. Die Atembeschwerden nehmen immer mehr zu. Den 17. war die Morgentemperatur 39,1, Ab. 40,3 Dyspnoe. Am 18. Aug. um 1 Uhr Morgens erfolgte der Tod.

II. (Fall 125.)

Monastyrski, N. D. 30./X. 1882. Krankenbogen des Peter Paul Hospitals zu St. Petersburg.

Anna Spiridonowna, Bäuerin, 40 Jahre alt, trat am 19./VIII. 82 mit Beschwerden über Schmerzen unter dem Process. xiphoid. und häufiges Erbrechen nach Nahrungsaufnahme ins Peter-Paulhospital. Obstipation, zuweilen Erbrechen mit Blutbeimischung. In Behandlung bis zum 26./X. in der therapeutischen Abteilung, an welchem Tage sie in die chirurgische übergeführt wurde. Bei der Untersuchung fand sich: stark abgemagerte Kranke mit typischer facies carcinomatosa, panniculus adiposus geschwunden, die Haut atrophisch, in Falten erhoben, glättet sich lange nicht mehr aus, die Epidermis schülfert ab. Die letzten 3 Tage hat Pat. weder gegessen noch getrunken, da vollständige Undurchgängigkeit bestand. Heute geringe Durchgängigkeit für Flüssiges in kleinen Mengen. Stuhlentleerung retardirt, Bauch muldenförmig eingezogen; P. filiform. Die Brustorgane zeigen nichts Anormales. Bei der Sondirung des Oesoph. geht die Sonde anfangs ganz frei hinein, darauf aber trifft sie auf ein unüberwindliches Hinderniss in der Gegend der Cardia.

Am 30./X. wurde die Gastrostomie ausgeführt. Das Zimmer erwärmt bis 23° R., zwei Stunden hindurch bis zum Beginn der Operation war der Dampfspray, mit starker Carbolsäurelösung gefüllt, in Thätigkeit. Die Kranke hatte vorher ein warmes Vollbad bekommen, die Narkose vollständig, zu derselben nur reines Chlf. verwandt. Operationsfeld genau gereinigt und desinficirt. Schnitt 8 Ctm. lang, schichtweise, 1 Ctm. unterhalb des Process. xiphoid. beginnend und parallel dem linken Rippenbogen bis zur fascia transvers. abdominis. Darauf sorgfältige Blutstillung; darauf folgte die Eröffnung der Bauchhöhle durch einen kl. Schnitt, der entsprechend der Hautwunde erweitert wird. Das Peritoneum zusammen mit der fascia transversa mit einigen Torsionspincetten erfasst und nach Aussen umgelegt, wird mit der Haut durch Kürschnernaht aus Catgut verbunden. Während der Zeit der Vernähung des Peritoneums mit der Wand, wird in die Bauchhöhle ein desinficirter Schwamm eingeführt, in der Wunde sieht man den l. Leberlappen und in der Tiefe unter dem oberen äusseren Rande der Wunde, die Vorderwand des Magens. Die vordere Magenwand wird in eine Falte erhoben, in die Bauchwunde gezogen und hier mit 4 Nähten kreuzweise fixirt, darauf noch 22 Nähte angelegt, so dass im Ganzen 26 Nähte das Festhalten besorgten. Die Nähte (Seide) wurden durch die ganze Dicke der Bauchwand geführt, fassten vom Magen aber nur die Serosa und einen Teil der Muscularis. Nach Beendigung der Naht zeigte es sich, dass die eingenähte vordere Magenwand eine kleine wulstartige Falte im äusseren Wundwinkel bildete. Die Fixation des Magens schien sicher, die Wunde wurde desinficirt, Verband aus Jodoformmarly und Salicylwatte, der durch dickappretirte Marlybinden gehalten wird. Pat. wurde ins erwärmte Bett gebracht und innerlich Wein gegeben. Abends ist der Zustand befriedigend, gar kein Schmerz, nur der Puls ungemein schwach, daher Moschus subcutan und Wein per rectum.

31./X. Die Nacht hat Pat. gut geschlafen, keine Schmerzen, Ernährungsklysmen aus Milch und Ei werden retenirt.

1. und 2./XI. Zustand sehr gut, Pat. bittet um Essen, kann aber nur Milch in ganz kleinen Mengen schlucken, schmerzfrei.

3. Uebelkeit, aber keine Empfindlichkeit des Abdomen. Pat. ist schwächer, schlafsüchtig, Stuhlentleerung.

4. Uebelkeit geschwunden, P. filiform. Allgemeine Schwäche, aber kein Schmerz.

5. Puls sehr schwach, Schleimhäute trocken, auf dem Zahnfleisch ein bräunlicher trockener Belag, grosse Schwäche, spricht kaum. Abnahme des Verbandes. Der Magen scheint gut verwachsen nur im äusseren Winkel eine kl. trichterförmige Vertiefung, sonst liegt der Magen glatt der Bauchwunde an. Die Magenwand wird durch einen $1^1/_2$ Ctm. langen Schnitt eröffnet, durch diesen ein dicker Drain eingeführt. Es werden $2^1/_2$ Spritzen Milch mit 2 eingerührten Eiern in den Magen gegeben, nach der Fütterung Diarrhoe, — Abends wiederum zwei Spritzen mit Ei, das Drain wird mit einer Klemme geschlossen, auf die Wunde eine Jodoformmarlycompresse gelegt.

6. Collaps. Der Verband und das Bett durchnässt von ausgeflossenem Mageninhalt. Patientin schluckt Flüssigkeiten gut, trinkt viel Wasser und bittet inständigst um Seitenlage, in welcher aller Mageninhalt ausfliesst. Verbandwechsel. Der Magen scheint gut fixirt, sogar die Falte im inneren Winkel mehr ausgeglichen. Sensorium frei, P. nicht fühlbar. Am Abend ist Verband wieder durchnässt; 7 Uhr Abends Einführung von 2 Spritzen Milch und Ei durch die Fistel. 9 Uhr Abends erfolgt der Tod. Die ganze Zeit über Abdomen eingesunken und unempfindlich.

Section: Keine Peritonitis. Ueberall Anzeichen grosser Anaemie und Atrophie. Das Carcinom hart über der Cardia sitzend.

(Nach mündlicher Angabe Prof. Monastyrski's, das Protokoll war nicht mehr im Hospitalsarchive zu finden).

Spirituspräparat stark geschrumpft, Circuläres Carcinom von $3^1/_2$—4 Ctm. Höhe (an der hinteren Wand am höchsten), 2 Ctm. über Cardia. Oberer Rand wallartig verdickt.

Fistelöffnung in der Vorderwand des Fundus auf halber Entfernung zwischen Curvatura major und minor, jetzt nur für kleinen Finger noch durchgängig. Ihre Umgebung ist überall fest mit der Bauchwand verwachsen.

III. (Fall 169.)

Monastyrski 29./I. 1884. — Krankenbogen des Peter-Paulhospitals zu St. Petersburg.

Nicolai Wolodimirow, verabschiedeter Kollegiensecretär, 48 Jahre alt. Eingetreten 22./XII. 83 ins Peter-Paulhospital, in die chirurgische Abteilung am 27./I. 84 übergeführt. Vor einigen Jahren lag er hier mit einem Bruche des rechten Oberschenkels, litt lange Zeit an den Lungen, starker Husten, Abusus spirituosorum. Im December 83 bemerkte er zuerst ein Hinderniss beim Schlucken, in der letzten Zeit passirt nur flüssige Nahrung und auch die nur in geringer Menge.

Stat. praes. Von kl. Wuchse, mager aber nicht elend, besitzt Pat. sogar noch etwas panniculus adiposus, hinkt auf dem rechten Beine in Folge Verkürzung dieser Extremität. Brustorgane zeigen nicht Abnormes, bis auf katarrhalische, nicht sehr verbreitete Geräusche. Abdomen eingezogen, aber nicht bedeutend, bei Palpation und Percussion nichts Besonderes. Stuhl meist retardirt, sichtbare Schleimhäute blass, anämisch. Bei Sondirung stösst die Sonde

im unteren Drittel der Speiseröhre auf ein Hinderniss, dass selbst für die klienste Olive nicht passirbar ist. Verordnet werden tägliche Bäder.

28. Pat. trinkt selbst Milch und Boullion.

29. Gastrostomie. Unter Narkose und strenger Einhaltung der Antisepsis wird der Schnitt, parallel dem l. Rippenbogen und 1 fingerbreit von demselben entfernt, bis zur fascia transversa geführt. Nach der Blutstillung wird das Peritoneum eröffnet, mit Pincette gefasst und über den Wundrand gelegt, darauf aber mit Kürschnernaht aus Seide befestigt. Aus der Wunde dringt das Netz hervor, welches faltig den Magen überdeckt, dasselbe wird hinausgezogen und der Magen an ihm; darauf wird das Netz nach Desinfection in die Bauchhöhle reponirt. Der Magen wird mit 4 Matratzennähten und einer gr. Anzahl Knopfnähten in die Wunde genäht. Verband aus Jodoformmarly, die in Sublimatlösung getaucht, und aus Sublimatwatte.

Abendtemp. 38,0°.

30	Morgs.	37,9	Abds.	38,4
31	„	37,8	„	37,4
1./II. 84	„	37,	„	37,5
2	„	37,5	„	37,2
3	„	36,6	„	37,5
4	„	37,6	„	37
5	„	37,	„	37,5
6	„	37,2	„	38°
7	„	37,6	„	37°
8	„	38,	„	37,6
9	„	37,2	„	37,6
10	„	36,6	„	37
11./II.	Morgs.	36,8	Abds.	37,4
12	„	37	„	36,7
13	„	36,6	„	37
14	„	36,7	„	37,3
15	„	36.6	„	37,5
16	„	36,6	„	37,3
17	„	36,4	„	37,4
18	„	36,6	„	36,5
19	„	36,6	„	36,7
20	„	37,5	„	37,0
21	„	36,5	„	36,7
22	„	36,6	„	37°

5./II. Verbandwechsel, Magen ist fest fixirt, die Umgebung der Wunde etwas gerötet, die Nähte werden nicht entfernt. Der Magen wird durch einen 1 Ctm. langen Schnitt eröffnet und der Fütterungsobturator Dr. Dombrowsky's eingeführt. Die Einführung gelingt erst, als aus der Gummiplatte zwei schmale Streifen radienförmig ausgeschnitten werden, wodurch die Platte geteilt erscheint. Jetzt nachdem die eine Hälfte in die Wundöffnung gebracht, gelingt es auch die andere nachzuschieben. Durch die Röhre wird ½ Krug Milch mit einem Ei eingegeben (12 Uhr Mittags). Durch die Manipulationen beim Einstellen des Obturators vergrössert sich die Schnittwunde in der Magenwand bis zu 2 Ctm.

7./II. Verbandwechsel. Bisher steht der Obturator gut, nichts ist ausgeflossen. Die Knopfnähte werden jetzt alle entfernt, von der Kürschnernaht nur der obere Theil.

10./II. Den ganzen Tag über, gestern sowohl wie heute, fliesst viel aus. Durch den Druck der Platte von Innen hat die Fistel sich um so viel erweitert, dass die Röhre sie nicht mehr schliesst. Ueberdies findet sich auf der Mucosa, ½ Ctm. vom freien Rande der Fistel, zu beiden Seiten der Fistel ein streifenförmiger, ½ Ctm. breiter Decubitus. Die Röhre wird ganz entfernt, in den Magen wird ⅛ Pfd. geschabten Fleisches gegeben, die Fistel mit Protectiv bedeckt (zur Verkleinerung der Fistelöffnung am inneren Winkel 3 Seidennähte angelegt), darüber Jodoformmarly und Watte — so ist sie vollständig abgeschlossen. Da Flüssigkeiten die Strictur noch passiren, wird Pat. gestattet Milch in kleinen Mengen zu trinken. — Allgemeinbefinden gut.

11./II. Tags über gut. Gegen Abend starker Husten, in Folge dessen Ausfluss. Der ganze Verband durchtränkt. Die Fistel ein wenig verkleinert. In den Magen $^1/_8$ Pfd. Fleisch in Kugelform eingeführt. Die Wunde wieder fest verbunden.

12. Gestern flüssiger Stuhlgang. Am Tage und in der Nacht Verband trocken. Am Morgen als Patient sich aufrichtete, um Thee zu trinken, floss wieder viel aus. Dem Kranken wird angesagt, nur auf dem Rücken oder auf der rechten Seite zu liegen.

13. Abermalige Einführung einer Dombrowsky'schen Röhre von etwas grösserem Kaliber ohne Seitenausschnitte — es fliesst nichts aus. Fütterung mit Milch.

14. Es ist wieder etwas durchgetreten. 3malige Fütterung mit Milch, Eiern und Fleisch. Diarrhoe und Leibschmerz.

15. Die Gummiplatte ist aus der Fistel herausgetreten.

16. Wieder Morgens beim Theetrinken Ausfluss.

17. Ausfluss. Bisher 3mal täglich gefüttert. Da Pat. darüber klagt, dass ihm zuviel gegeben wird, geschieht die Fütterung nur noch 2mal täglich.

23./II.	Temp.	Morgens	36,6	Abends	36,5
24.	„	„	36,5	„	36,4
25.	„	„	36,0	„	36,5
26.	„	„	35,8	„	37,0
27.	„	„	35,5	„	36,7
28.	„	„	35,8	„	36,4
29.	„	„	35,6	„	36,4
1./III.	„	„	35,6	„	36,4
2.	„	„	36,4	„	36,7
3.	„	„	36,2	„	36,5
4.	„	„	36,0	„	36,4
5.	„	„	36,2	„	36,5
6.	„	„	37,5	„	36,8
7.	„	„	35,8	„	36,7
8.	„	„	35,4	„	36,6
9.	„	„	36,0	„	36,5
10.	„	„	36,3	„	36,6
11.	„	„	36,4	„	36,7
12.	„	„	36,3	„	36,4
13.	„	„	36,6	„	36,8
14.	„	„	36,6	„	36,7
15.	„	„	36,7	„	36,8
16./III.	Temp.	Morgens	36,6	Abends	36,7
17.	„	„	36,5	„	36,6
18.	„	„	36,4	„	36,7
19.	„	„	37,0	„	36,8
20.	„	„	36,6	„	37°
21.	„	„	37,2	„	37,0
22.	„	„	36,6	„	36,7
23.	„	„	36,6	„	37
24.	„	„	36,6	„	37
25.	„	„	36,7	„	36,8
26.	„	„	37°	„	36,6
27.	„	„	37	„	37,2
28.	„	„	36,6	„	37,5
29.	„	„	37,4	„	37,2
30.	„	„	36,7	„	37°
31.	„	„	36,8	„	37
1./IV.	„	„	36,6	„	37°
2.	„	„	36,7	„	37
3.	„	„	36,7	„	37
4.	„	„	36,6	„	36,8
5.	„	„	36,5	„	

Den 6./III. Da die Röhre ein wenig zu klein ist, beständiger Ausfluss; daher Sinken der Kräfte und der Temp. sub normam. Stuhl retardirt. Schwäche, Abmagerung. Einstellung einer neuen Röhre. Radius der Platte um $^1/_3$ grösser als der vorige. Selbst bei starkem Husten kein Ausfluss und er hustet beständig.

1./IV. In den letzten Tagen Oedem beider Füsse und Unterschenkel. Allgemeinbefinden und subjectives Befinden gut. Patient geht umher, liest, ist aufgeräumt, nimmt Bäder. Durch die Fistel kein Ausfluss, daher wochenlang kein Verbandwechsel.

5./IV. Fistel gut. Ernährung normal. Oedem der Füsse nach Einwickelung fast ganz zurückgegangen; subjectives Befinden gut.

20./IV. Einstellung einer neuen Röhre, da die alte durch viele Nadelstiche durchlässig.

24./IV. Pat. wird in der Gesellschaft St. Petersburger Aerzte demonstrirt.

30./VI. Einstellung einer neuen Röhre, da die alte aus den Stichöffnungen fliesst. Allgemeinzustand befriedigend.

31./VII. Durch den Druck der Gummiplatte hat sich eine Oeffnung neben der Magenfistel gebildet, die den kl. Finger durchlässt und auch in den Magen führt. Die Röhre wird ganz entfernt und ein einfacher dicker Drain eingestellt. Bettlage. Erwähnt muss werden, dass vor einigen Tagen Pat. mit einem Hospitalwärter auf einige Stunden aus dem Hospital entlassen wurde und betrunken zurückkam.

8./VIII. Die neben der Fistel entstandene Oeffnung hat sich geschlossen. Einstellung einer neuen Röhre mit Platte von kleinerem Durchmesser. Die ganze Zeit, wo der Apparat entfernt war, steter Ausfluss, in Folge dessen heftiger Durst und ist in diesen Tagen Pat. stark abgemagert und von Kräften gekommen.

9./VIII. Heute kein Ausfluss.

15./VIII. 8 Uhr Morgens tod.

Section ergab ein carcinomatöses Geschwür etwas unter der Mitte des Brustteils des Oesophagus, in der Ausdehnung der Neubildung sind die Oesophaguswände stark verdickt; das Lumen so weit verengt, dass nur eine dünne Sonde durchgeht. Magen fest verwachsen mit Leber, Diaphragma und vorderer Bauchwand, an ihm nichts Besonderes ausser auffallender Dünne der Wände. Magenfistel in der Mitte der Vorderwand, gleich weit von Pylorus wie Cardia entfernt. Im linken Leberlappen haselnussgrosser Krebsknoten, ein eben solcher im rechten Leberlappen, ausserdem noch 4 erbsgrosse Knoten, in der Mitte des Mesocolon transversum ein Krebsknoten von Feigengrösse, im Peritoneum parietale, das die hintere Wand der Bauchhöhle bekleidet, hart über der Mitte des oberen Pancreasrandes, zwei Krebsknoten von Wallnuss- und Haselnussgrösse. In den übrigen Organen ausser Zeichen der Atrophie nichts Besonderes. Nur im Anfang und im Bogen der Aorta Atheromatose.

Nach dem Spirituspräparate ist die Fistelöffnung 2½—3 Ctm. gross, bequem für Daumen passirbar. Im unteren Wundwinkel ca. 1 Ctm. unter dem freien Rande der Fistel, die durch Plattendruck erzeugte Perforationsöffnung von ½ Ctm. Grösse. Magen im oberen Teil der Bauchwunde mit Leber sehr fest und straff verwachsen. Betrachtet man die Fistelöffnung vom Magen aus, so findet sich ihre Umgebung 2½ Ctm. im Durchmesser deutlich vertieft im Vergleich mit der übrigen Magenschleimhaut. In dem oberen und äusseren Abschnitte ist diese Vertiefung rinnenförmig und legt sich zwischen Bauchwand, Leber und Rippenbogen hinein; medianwärts und nach unten ist die Grenze dieser Vertiefung nicht scharf.

IV. (Fall 192.)

N. D. Monastyrski. 2./IX. 1885. — Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Alexander Wassiljew, Arteltschik, 47 Jahr alt, verheirathet, erkrankte zum ersten Male vor 2 Jahren (1883). Damals soll er längere Zeit hindurch an sehr hartnäckigen Diarrhoen gelitten haben und sich nachher auch nicht vollständig erholt haben. Ende Mai oder Anfang Juni 1885 wurde er heiser, fast gleichzeitig trat auch ein Schluckhinderniss ein, das sich von

da an rasch steigerte, so dass er am 26./VIII. 85, bei seiner Vorstellung in der Ambulanz des klinischen Instituts, nur noch Flüssiges schlucken konnte. Die Sondenuntersuchung ergab damals Strictur in mittleren Drittel. Ihm wurde die Gastrostomie vorgeschlagen, zu der Pat. sich entschloss und am 28./VIII. in die stationäre Abteilung des Instituts eintrat.

Status praes.: Für sein Alter ungeheuer schwach und marastisch aussehendes Individuum. Starke Anämie, panniculus adiposus reducirt. Schleimhäute blass. Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Anormales. Pat. kann noch gehen ohne fremde Beihilfe, obgleich er sehr leicht ermüdet. Nährt sich jetzt ausschliesslich von Milch und Thee und geweichtem Brot, das er nur in kleinen Stücken schlucken kann. Pat. werden Klysmen aus Milch, Eier und Wein ordinirt. Temp. 36,7.

29./VIII. Temp. 36, Abends 36,3. Die gestern gemachten Klysmen wurden nicht gehalten. Pat. schluckt etwas freier Milch und Bouillon.

30./VIII. Morgens 37,1, Abends 36,5. 31./VIII. Morgens 36,3, Abends 36,3. Pat. hat seine ganze Portion — freilich mit Mühe — verzehrt. Die Nährklysmen werden, da sie beide Tage schlecht gehalten, ganz weggelassen. 1./IX. Morgens 36,6, Ab. 37,1. Vorbereitung zur Operation.

2./IX. Morgens 36,7. Es wird der erste Akt der Gastrostomie von Prof. Monastyrski, unter Chloroformnarkose, ausgeführt[1]). Pat. erwacht rasch nach der Narkose, klagt über Uebelkeit und leichten Schmerz in der Operationsstelle. Abends 37, Puls 68.

3./IX. Morgens 37,5, Puls 82. Pat. hat gut geschlafen, keine besonderen Klagen. Die per os eingeführte flüssige Nahrung passirt gut. Abends Temp. 37,1, Puls 80. 4./IX. Morgens 37,2, Puls 74, Abends 37,4, Puls 82. 5./IX. Morgens 36,5, Puls 70. Es hat sich leichter Husten eingestellt. Pulv. Doweri 0,3 zweimal täglich, Abends 37,5, Puls 84. 6./IX. Morgens 36,9, Puls 82, Abends 37,5, Puls 84. 7./IX. Morgens 37,6, Puls 80. Abends 36,8, Puls 80. 8./IX. Morgens 36,9, der Puls hält sich jetzt stets um 80 herum, so dass er nicht weiter notirt wird. Der Husten ist einwenig lockerer. An den Lungen ausser Bronchialkatarrh nichts nachweisbar. Abends 37,5. 9./IX. Morgens 37,2. Zu Mittag fällt die Temperatur bis auf 36,4, Verbandwechsel. Die Wunde sieht sehr gut aus, 2. Akt der Gastrostomie. Pat. wird gleich gefüttert (1/2 Flasche Milch, 1 Glas Xeres). Pat., der bis zu diesem Tage verhältnissmässig gut geschluckt, kann jetzt nicht einen Tropfen mehr herunterbringen. Abends nochmalige Fütterung. Die Temperatur steigt nach derselben bis auf 38. 10./IX. Morgens 36, Allgemeinzustand gut. Obstipation. Es wird ein Klysma ordinirt. Dreimalige Fütterung[2]) im Laufe des Tages. Starke Stuhlentleerung. Temp. 37,3. Allgemeinzustand sehr gut. 11./IX. Morgens 37,2, Abends 36,8. Pat. verschluckt Abends ein weiches Ei. 12./IX. Morgens 36, Abends 36,8. Keine Klage. 13/IX. Morgens 37,3, Abends 37,2. Die erste Nacht, die Pat. prächtig geschlafen; fühlt sich sehr wohl. 14./IX. Morgens 36,3, Abends 36,6. Gut geschlafen, es sind leichte Schmerzen in der linken Brusthälfte unter der Clavicula aufgetreten. 15./IX. Morgens 36,2, Abends 36. 16/IX. Morgens und Abends 36,2. Verbandwechsel. Entfernung der Nähte, prima intentio. Die Fistel umschliesst den Drain nur locker, daher Einstellen eines etwas dickeren Drains. Bis zu diesem Tage wurde Pat. dreimal täglich mit Milch und Eiern gefüttert. Von jetzt ab wird

1) Auf das Operationsverfahren gehe ich hier nicht ein, da es schon des Genaueren auf pag. 108 im Text beschrieben worden.

2) Fütterungsart s. pag. 113.

die Ernährung folgendermaassen geübt: dreimal täglich erhält Pat. 1/4 Pfd. geschabten Fleisches, 1 Krug Milch, 2 Eier, 1 Glas Xeres und 15,0 Syrup.

17./IX.	Morgens	36,6	Abends	36,3	22.IX.	Morgens	36,2	Abends	37
18./IX.	„	36,1	„	36,5	23./IX.	„	36,5	„	36,6
19./IX.	„	36,8	„	37,5	24./IX.	„	36,2	„	36,5
20./IX.	„	36,3	„	36,8	25./IX.	„	36,1	„	37
21./IX.	„	36	„	36,2	26./IX.	„	36,8	„	36,6.

Bei der Abendfütterung erweisst sich der Drain als verstopft. Verbandwechsel. Die Fistel umfasst wieder nur locker den Drain. Einstellen eines noch etwas dickeren Drains (von ca. 1/2 Ctm. Durchmesser). Der alte Drain war durch Milchgerinsel verstopft. 27./IX. Morgens Temp. 36,5 Abends 36,2. 28./IX. Morgens 36,4 Abends 37. 29./IX. Morgens 36,5 Abends 36,6. Bei der Abendfütterung fliesst wieder die Speise nicht durch den Drain. Der dejourirende College entfernt den Drain, wäscht ihn aus und reponirt ihn, trotzdem gelingt es ihm nicht Flüssigkeit in den Magen zu bringen. 30./IX. Morgens 36,5. Des gestrigen Unfalls wegen, Verbandwechsel. Die Narbe sehr schön aussehend, kein Tropfen von Magenausfluss. Der Drain wird wieder eingeführt und durch ihn Patient gefüttert, Abends 36,8. I./X. Morgens Temp. 36 Abends 36,8. 2./X. Morgens 36,6 Abends 36,5. 3./X. Morgens 36,5 Abends 37. 4./X. Morgens 36,5. Da der Verband beim Füttern begossen wurde, Verbandwechsel; die Narbe sehr gut, nirgend Reaction. Der Drain wird ausgewaschen, darauf wieder eingestellt, er schliesst die Fistel vollständig.

5./X.	Temp.	Morgens	37,1	Abends	37,1	10./X.	Temp.	Morgens	37,4	Abends	37,5
6./X.	„	„	37	„	37	11./X.	„	„	36,6	„	36,2
7./X.	„	„	37,1	„	37,3	12./X.	„	„	36,6	„	37,1
8./X.	„	„	37,6	„	37,1	13./X.	„	„	36,6	„	36,4
9./X.	„	„	37,3	„	36,6						

Die Nahrung geht ohne Hinderniss durch den Drain; die einzige Klage die Patient vorbringt, betrifft einen heftigen Schmerz im Halse. 14./X. Temp. Morgens 36,7 Adends 36,8. Die Schmerzen lassen Pat. in der Nacht nicht schlafen, wogegen 1/6 Gr. Morphium subcutan. 15./X. Morgens 36,9 Abends 37. 16./X. Morgens 36,8 Abends 36,7. Die Schmerzen haben sich auf die ganze rechte Schultergegend ausgedehnt. 17./X. Temp. Morgens 36,8 Abends 37,0. Verbandwechsel; die Narbe ist fest, der Drain schliesst sehr gut die Fistel ab.

18./X.	Temp.	Morgens	36,5	Abends	37,3	25./X.	Pemp.	Morgens	36,7	Abends	37,3
19./X.	„	„	36,9	„	37,1	26./X.	„	„	37,6	„	36,8
20./X.	„	„	36,9	„	36,7	27./X.	„	„	36,2	„	37,2
21./X.	„	„	37,1	„	37,1	28./X.	„	„	37,5	„	37,1
22./X.	„	„	37,0	„	36,5	29./X.	„	„	37,3	„	37,4
23./X.	„	„	36,7	„	37,0	30./X.	„	„	37,1	„	37,1
24./X.	„	„	36,8	„	37,1						

Pat. klagt nur über Schmerzen in der Schulter. Seine Ernährung geht gut fort, sein subjectives Befinden hat sich verschlechtert. Pat. sieht auch ein wenig verfallen aus, obgleich objectiv sich keine Veränderung nachweisen lässt. Auf seine Bitte wird er am 2. November aus der Behandlung entlassen, es wird ihm noch einmal der Verband erneuert. Die Bauchdeckenwunde ist völlig vernarbt und hat sich unter den Rippenbogen hineingezogen, so dass letzterer dach-

förmig über die Fistel und deren Umgebung ragt. Die Fistel selbst umschliesst so fest den Drain, das derselbe Drain wiederum eingestellt wird. 31./X. Morgens 37,2 Abends 37,6. 1./XI. Morgens 36,9 Abends 37,0. Da Pat. in der Ambulanz, die er besuchen wollte, nicht erschien, suchte ich ihn nach seiner mir gelassenen Adresse, konnte ihn aber nicht finden. Weitere Auskünfte konnte ich nicht erhalten.

V. (Fall 197.)

Monastyrski. 23./XI. 1885. Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Simeon Fedorow, 55 Jahre alt, Arbeiter einer Hülsenfabrik, verheirathet, soll ausser einer fieberhaften Krankheit im Jahre 1853 stets gesund gewesen sein. Im Herbst 1884 erkrankte er mit Schmerzen unter dem Sternum, derentwegen er sich an die Schwesterschaft des heiligen Georg wandte. Sein Magen soll damals gesund gewesen sein. Vor 5 Monat (Frühjahr 1885) trat ein Hinderniss beim Schlucken auf, das sich steigerte und zu dem sich vor 3 Monaten starke Obstipation und häufiges Erbrechen zugesellten. Am 22./VIII. 85 trat er in eine der chirurgischen Kliniken (Prof. Peljechin) der militär-medicinischen Akademie zu St. Petersburg wo er bis Ende October lag. Er soll diese Zeit über mit Sonden behandelt worden sein. Am 20./XI. 85 trat er in das klinische Institut der Grossfürstin Helena Pawlowna ein.

Status praesens: Sehr anämisches Subject von äusserster Abmagerung. Schleimhäute alle blass. Die linke Brusthälfte abgeflachter im Vergleich zur rechten. Bei Untersuchung der Lungen und des Herzens nichts Anormales. Der Magen sehr erweitert, seine untere Grenze bis zwei fingerbreit oberhalb des Nabels nach oben links bis zur 7. Rippe percutirbar, seitlich bis an die Axillarlinie. Leber, Milz und übrige Organe scheinbar normal. Die vorsichtig eingeführte Sonde mittleren Calibers stösst im unteren Drittel auf ein Hinderniss. Patient kann Flüssiges noch schlucken. Erhält Milch, Nährklystiere im Laufe 2er Tage in der Absicht seine Kräfte ein wenig zu heben. Bei seinem Eintritt am Abend des 20. fiebert Pat. 38,5 Den 21. und 22. sinkt Temp. bis zur Norm hinab. 23./XI. Morgens 10 Uhr Temp. 37,5. Ausführung der Gastrostomie nach typischer Weise von Prof. Monastyrski. Es wird nur der 1. Akt ausgeführt. Pat. schläft im Lauf des Tages viel. Abends Temp. 38,1.

24./XI. Subjectives Befinden gut. Puls sehr schwach, einige 80. Patient ist recht collabirt, was vielleicht auch auf die, ihm gestern wegen Tenesmen, gegebenen Opiumgaben (Tinc. opii gtt/V 4 mal) zurückzuführen ist. Temp. Morgens 36,5 Abends 37, 7.

25./XI. Morgens wird der zweite Akt der Gastrostomie ausgeführt. Puls sehr schwach. Temp. 37,2. Pat. wird 2 mal am Tage gefüttert. Abends Temp. 37,5. Leichter Meteorismus. Puls etwas kräftiger.

26./XI. Morgens Temp. 38. Puls sehr klein. 120. Patient hat keine Klagen. Der Meteorismus ist deutlicher ausgeprägt. Fütterung am Morgen. Es wird ein Klysma ordinirt, nach demselben 2malige Stuhlentleerung. Abends Temp. 37,8. Puls noch immer 120. Nach der Abendfütterung Erbrechen, das sich um 11 Uhr Abends nochmals wiederholt.

27./XI. Morgens Temp. 36,5. Puls 108. Pat. hat im Laufe der Nacht noch zweimal erbrochen. Der Leib noch ein wenig meteoristisch aufgetrieben. Um 12 Uhr Mittags tritt wieder Erbrechen auf, trotz der angewandten Mittel (Cocain mur: 0,06 auf 30,0 Wasser ½ stündlich ein Theelöffel) steht das Erbrechen nicht. Pat. wurde 2 mal mit kleineren Mengen gefüttert. Temp. am Abend 36,5.

28./XI. Morgens. Temp. 36. Puls kaum fühlbar. Pat. hat mehrfach in der Nacht gebrochen. Das Erbrochene besteht aus Speisemassen mit Schleimbeimischungen. Das Erbrechen nimmt zum Abend ab. Temp. 36,4. Puls kaum fühlbar.

29./XI. Temp. 36,4. Pat. hat die Nacht etwas ruhiger zugebracht, ist furchtbar collabirt. Im Laufe des Tages steigert sich das Erbrechen wieder, die geringste Menge Nahrung, jeglicher Schluck bringt sofort Erbrechen hervor. Pat. bittet inständigst per fistulam nicht gefüttert zu werden. Am Abend Extremitäten kalt. Puls kaum fühlbar. Erbrechen von Faecalmassen.

30./XI. Morgens. Pat liegt in der Agonie; stirbt um 1 Uhr Mittags.

Section: Stark abgemagerter Leichnam. Die linke Lunge, im Oberlappen verwachsen, Randemphysem, in der Spitze einige feste stark pigmentirte Knoten. Linke Lunge in der zeigt Anaemie und ganzen Ausdehnung verwachsen, der Oberlappen verdichtet und durchweg infiltrirt mit harten verschieden gefärbten Knoten, zwischen denen ziemlich derbes pigmentirtes Gewebe liegt. Im Herzbeutel etwas Flüssigkeit, das Herz von normaler Grösse, im rechten Herzen ein grosses Blutcoagulum. Klappen normal, Musculatur von graubrauner Färbung. Milz von normaler Grösse, recht weich, Malpighische Körperchen sehr deutlich ausgeprägt. Leber mit rechter Niere uud Flexura coli dextra verwachsen, von normaler Grösse, blutleer und graubrauner Farbe. Nieren normal. Im Oesophagus, 5½ Ctm. über der Cardia, ein 6 Ctm. langes und 4 Ctm. breites exulcerirtes Carcinom, das Lumen des Oesophagus für den kleinen Finger noch durchgängig. Die Magenmucosa stark pigmentirt, zeigt stellweise Extravasate. In der Vorderwand des Magens, in der Mitte derselben, die Fistelöffnung; ihre Umgebung fest mit Bauchdecken verwachsen. In der Bauchhöhle keine Spur von Peritonitis. Die Därme alle spiegelnd, glatt, die vorliegenden Dünndarmschlingen gefüllt. Der Dickdarm und ein Teil der Dünndarmschlingen zusammengefallen. Die gefüllten Dünndarmschlingen enthalten weisslich-gelbliche Faeces und zeigen an der Schleimhaut hyperaemische Stellen mit Extravasaten. 10 Ctm. von Cöcum entfernt ist das Ileum durch einen über ihn wegziehenden Strang der zur rechten Linea innominata hinzieht abgeklemmt. Nach Lösung des Stranges zeigt sich das Ileum an dieser Stelle zweifach um seine Axe gedreht, die dahinterliegenden Dünndarm und Dickdarmschlingen daher auch collabirt.

VI. (Fall 201.)

Monastyrski. 26./IV. 1886. Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Berka Schaljit, Advocat, 65 Jahre alt, zweimal verheirathet gewesen, Vater zweier lebender und fünf toter Kinder. Sein Vater und Bruder sind beide an Phthise gestorben; Pat. hat vor ca. 20 Jahren eine Pleuritis überstanden, nach der er lange Zeit hindurch an profusen Diarrhoen gelitten. Von der Zeit an hat er öfter zeitweise an Darmcatarrhen gelitten und erst nach dem Gebrauche vom Emser Krähnchen haben sich die Catarrhe völlig gelegt, so dass er seit dem Sommer 1885, wo er diese Cur durchmachte, sich ganz wohl fühlte. Im März dieses (1886) Jahres verspürte er ohne vorhergehende Erscheinungen ein Hinderniss beim Schlucken fester Speisen. Dieses Hinderniss wuchs sehr rasch. In den letzten Wochen nährte er sich nur von flüssiger Speise, zudem stellte sich häufiges Erbrechen — gleich oder einige Stunden nach Nahrungsaufnahme — ein. Pat. wurde am 25. April 1886 ins klinische Institut aufgenommen.

Status praesens: Pat. bis zum Skelett abgemagert, fühlt sich sehr schwach, kann nur sehr wenig ohne Stütze gehen. Seine Haut welk, schlaff, leicht icterisch, glättet sich beim Aufheben in einer Falte nur sehr allmählig. Die Schleimhäute blass, blutleer. Der Gesichtsausdruck, der eines schwer Leidenden; Stimme heiser und schwach. Zunge trocken. Puls klein, hart, Untersuchung der Lungen zeigt ausser Bronchialcatarrh nichts Besonderes, ebenso wie die Organe des Bauches. Irgend ein Tumor oder geschwellte Drüsen sind nicht palpabel. Die Sondenuntersuchung zeigt ein unüberwindliches Hinderniss, der Mitte des Sternum entsprechend. Beim Herausziehen der Sonde treten heftige Würgbewegungen auf, durch die widrigriechende Speisebestandteile, Schleim, doch kein Blut ausgeworfen werden. Pat. klagt über brennenden Durst und fleht um Erlösung aus dieser furchtbaren Lage. Er erhält am Abend ein Bad und Nährklysmen. Abends Temp. 37,2 (nach dem Bade).

26./IV. Temp. 36,6, Puls schwach, doch regelmässig, ca. 70. Unter Chloroform wird der erste Akt der Gastrostomie, von Prof. Monastyrski, ausgeführt. Hautschnitt 10 Ctm. lang. Es wäre nur zu erwähnen, dass die schlaffe Magenwand fast aus jeder Stichöffnung ziemlich beträchtlich blutete, die Blutung steht beim Knüpfen der Nähte. Pat. erholt sich rasch aus der Narkose, fühlt sich recht wohl bis auf Uebelkeit, verbringt den Tag recht ruhig. Abends ist sein Zustand durchaus zufriedenstellend, er hat nicht erbrochen, nur hüstelt er zuweilen und klagt dann über Schmerz in der Wunde. Druckempfindlichkeit des Bauches nicht vorhanden. Die Abendtemperatur ist leider nicht verzeichnet, doch war sie, wie ich genau weiss, normal. Pat. erhält bis zum 2. Akt Nährklysmen und per os Milch.

27./IV. Temp. Morgens 36,0, Abends 36,9, Allgemeinzustand und subjectives Befinden gut; nur Schmerzen in der Wunde beim Husten. Pat. hat mit vielem Wohlbehagen im Laufe des Tages eine ganze Flasche Milch getrunken und behauptet, viel leichter schlucken zu können.

28./IV. Temp. Morgens 36,6, Abends 37,0. 29./IV. Morgens 36,8, Abends 37,0.

30./IV. Morgens 36,7, Abends 37,3. Pat. hat diese Tage über keine Schmerzen gehabt, Bauch unempfindlich, nicht aufgetrieben. Pat. hält die ihm vorgeschriebene Rückenlage mit exemplarischer Geduld aus. Obgleich er stets eingesteht, sich jetzt wohl zu fühlen, hat er doch tausenderlei Klagen. Das Schlucken geht jetzt verhältnissmässig frei von Statten.

1./V. Morgens 36,5, Abends 37,0. 2./V. Morgens 36,5, Abends 37,0. 3./V. Morgens 36,7. Abends 37,0. 4./V. Morgens 36,7, Abend 37, 2. 5./V. Morgens 36,5, Abends 36,8. Verbandwechsel. 2. Akt der Gastrostomie. Die Wunde sieht sehr gut aus, nirgends um die Stichkanäle Reaction. Pat. wird 2mal per fistulam gefüttert. Jedesmal bei Einführung der Nahrung per fistulam Schluckbewegungen. 6./V. Morgens 36,6, Abends 36,3. Zustand gut, von jetzt ab 3malige Fütterung. 7./V. Morgens 36,3, Abends 36,5. Verband trocken, es wird Pat. gestattet, sich aufzusetzen. 8./V. Morgens 36,5, Abends 36,3. Pat. verlässt das Bett, ist recht schwach, klagt sehr über Schwindel. 9./V. Morgens 36,5, Abends 36,5. Verbandwechsel. Die Fistel hat ein wenig nachgelassen, so dass etwas Mageninhalt ausgeflossen, es wird ein etwas dickerer Drain, ca. $^3/_4$ Ctm., eingeführt. Die Wunde selbst granulirt gut. Der Bronchialcatarrh des Pat. hat sich nicht verschlimmert. Pat. wird auf seine dringende Bitte aus der Klinik am 10./V. 1886 entlassen.

Pat. hat mir im Laufe des Sommers 2mal geschrieben, im 2. Briefe, Anfang Juli, klagte er über Erweiterung der Fistelöffnung und Magenausfluss. Später habe ich keine Nachricht mehr über ihn erhalten, briefliche Anfrage blieb unbeantwortet.

VII. (Fall 200.)

Monastyrski 10./II. 1886. Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Paul Skobnikow, 51 Jahre alt. Verpflegungsbeamter des Chevalier-Garde-Regiments, verheirathet, hat vor 24 Jahren Syphilis acquirirt, sich jedoch nachher sehr gründlich behandeln lassen. Im Jahre 1884 machte er eine ziemlich schwere acute Nephritis durch und will nachher völlig gesund gewesen sein. Im August 1885 klagte er über grosse Trockenheit im Munde, die er auf keine Weise heben konnte; zu gleicher Zeit stellte sich ein unangenehmes Gefühl beim Essen ein, von dem er jedoch sagte, es sei kein Hinderniss im Schlucken, wohl aber ein gewisses Unbehagen, dass ihn während des Schluckens beschlich. Am 22./XII. 85 fühlte er deutlich beim Abendessen ein Schluckhinderniss, dass ihn zu starkem Husten und Würgen brachte, von diesem Tage an stieg nun das erschwerte Schlingen ziemlich rasch, so dass er gegen Ende Januar auf flüssige Nahrung sich reduciren musste. Er nahm rapid an Kräften ab und magerte zusehends. Ins klinische Institut trat er am 5. Februar 86.

Status praesens. Pat. mittlerer Grösse von zartem Körperbau ist bis auf Aeusserste abgemagert. Die sichtbaren Schleimhäute alle sehr blass. Bauch tief eingesunken. Panniculus adiposus ganz reducirt. Bei der Untersuchung der Lungen findet sich im rechten, oberen Lappen hinten Dämpfung mit tympanitischen Beiklang. Hier ist auch bronchiales Exspirium zu hören. In den übrigen Theilen der Lungen vereinzelte Rasselgeräusche, durchweg schwaches Atmen. Das Herz normal. Die Organe des Unterleibs lassen auch nichts Besonderes nachweisen. Die eingeführte Sonde stösst im mittleren Drittel auf ein Hinderniss und dringt nicht in den Magen. Pat. ist seit dem August 1885 stets in Behandlung gewesen, fügt sich den Anordnungen der Aerzte in jeder Beziehung und ist ein sehr genauer und zuverlässiger Selbstbeobachter. Er trinkt jetzt nur mit Mühe Milch. Pat. erhält die 3 Tage bis zur Operation Nährklysmen und per os Milch in beliebiger Menge.

6/.II. Temp. Morg. 36,6 Abends 36,8. 7./II. Morg. 37,0 Abends 37,2, 8./II. Morg. 37,7 Abends 37,5. 9/II. Morgens: 36,6 Abends. 36,7 Pat. ist diese Tage über, trotz der Nährklysmen so ziemlich in demselben Zustande; dieselben Klagen beim Schlucken, ausserdem aber noch unerträglicher Durst. 10./II. Morg.: 36,5. Es wird unter der Chloroformnarkose von Prof. Monastyrski der erste Akt der Gastrostomie ausgeführt. Besonderheiten während der Operation sind nicht zu verzeichnen. Pat. erhält vor derselben 10 Tropfen Tinct. Opii, im Laufe des Tages noch 3mal 5 Tropfen, klagt ein wenig über Uebelkeit. Am Abend Temp. 38,0 der Puls voller. 11./II. Morg. 37,5. Der Kranke hat recht gut geschlafen, nur bei Hustenbewegungen etwas Schmerzen in der Wunde. Allgemeinzustand durchaus zufriedenstellend. Abds. Temp. 38,0 12./II. Morg. 36,7. Da der Husten Pat. etwas quält, wird er im Bett aufgesetzt. Er fühlt sich recht schwach, doch sein Zustand noch zufriedenstellend Abends 38,0. 13/II. Morgens: 37,5 Abends 37,7. Die diese 3 Tage anhaltende Temperaturerhöhung des Abends sinkt von jetzt an auf die Norm. Im weiteren Verlauf kommen keine so hohe Abendtemperaturen mehr vor. 14/II. Morg. 36,7 Abends 36,6. 15./II. Morg. 37,3 Abends 37,2. 16./II. Morg. 36,8 Abends 37. 17./II. Morg. 37,3. Verbandwechsel. Es wird der zweite Akt der Gastrostomie ausgeführt und Pat. gleich gefüttert. Die Wunde zeigt keine Reaction, die Nähte halten fest. Verwachsung ist bereits eingetreten. Abends 37,3. Abermalige Fütterung. 18./II. Morg. 36,7 Abends 37,1. 19./II. Morg. 36,2 Ab. 36,7. Pat. wird gestattet aufzustehen, der Verband völlig trocken, es

wird vom gestrigen Tage an 3mal täglich gefüttert. Pat. fühlt sich jetzt erst, wie er sagt, ganz satt. 20./II. Morg. 36,6 Abds. 36,7. 21./II. Morg. 37,1 Abds. 36,8. 22./II. Morg. 36,3 Abds. 37,3. 23./II. Morg. 36,5 Abds. 36,6. 24./II. Morg. 36,8 Abds. 36,5. 25./II. Morg. 36,5 Abds. 36,7. 26./4. Morg. 36,5 Abds. 37,0. 27./II. Morg. 36,7 Abds. 36,8. 28./II. Morg. 36,8 Abds. 37,2. 1./III. Morg. 36,6 Abds. 36,7. 2./III. Morg. 36,5 Abds. 37,2. 3./III. Morg. 36,7 Verbandwechsel, die Wunde ist ganz rein, schon benarbt; da die Fistel nicht völlig schliesst, wird der Drain mit einem dickeren vertauscht. Pat. schluckt jetzt wieder per os recht leicht: geht umher; hat sichtlich an Kräften zugenommen. Subjectives Befinden sehr gut. Abends 37,2. 4./III. Morg. 36,9 Ab. 37,1. 5./III. Morg. 37,5 Ab. 37,5. 6./III. Morg. 36,8 Ab. 36,8. 7./III. Morg. 36,6 Ab. 37,1. 8./III. Morg. 36,7 Ab. 37,0. 9./III. Morg. 37,0 Ab. 37,3. 10./III. Morg. 37,0 Ab. 36,7. 11./III. Morg. 36,6 Pat. ist diese Zeit über recht wohl gewesen, sein Husten zurückgegangen, er bringt den ganzen Tag ausser Bett zu, fühlt sich völlig gesättigt, schluckt Flüssiges verhältnissmässig frei. Da Pat. in seine Wohnung überziehen will, so wird ein Verbandwechsel vorgenommen, ein neuer Drain von demselben Caliber ca. $^3/_4$ Ctm. Durchmesser wie der letzte eingestellt. Er wurde am 11./III. aus der Klinik entlassen, erholte sich in den folgenden Wochen so weit, dass er wiederum in Function treten konnte. Wie mir mitgetheilt worden, ging er mit dem Regiment in's Lager, dort erst wurde sein Husten rapid schlechter, so dass Pat. bettlägerig wurde, es stellte sich Dyspnoe ein, mehrfach kam es zu Bluthusten; dabei hörte die Durchgängigkeit der Speiseröhre ganz auf, Pat. collabirte sichtlich und starb nach einer Woche. Die letzten Tage hatte der Drain die Fistel nicht geschlossen und war Magenausfluss ziemlich stark aufgetreten; laut Angabe von Dr. Weljaminow soll die Fistel 2—$2^1/_2$ Ctm. im Durchmesser betragen haben.

Die mir gütigst von den behandelnden Aerzten rechtzeitig gemeldete Section und das mir freundlichst überlassene Präparat ergab Folgendes:

Anämie sämmtlicher Organe. Die Magenfistel in ihrer Umgebung fest verwachsen, der Fistelrand wallartig verdickt, ist sehr fest. Die Kuppe des von mir in die Magenfistel bei der Section eingeführten Zeigefinger wurde von den Fisteirändern fest umspannt. Das Carcinom in der Höhe der Bifurcation des Oesophagus sitzend, umgiebt ringförmig das Lumen desselben. Der Oesophagus an dieser Stelle mit Trachea und linken Bronchus verbacken. In der Mitte des vorderen Abschnitts findet sich gleich über dem linken Bronchus in der Trachea eine kleine erbsengrosse Perforationsöffnung. Im linken unteren Lungenlappen eine apfelgrosse mit Detritus gefüllte Caverne, die sich ihrerseits in den Pleurasack geöffnet, mithin Perforation der Trachea mit consecutiver Schluckpneumonie. Die Drüsen des hinteren Mediastinums von Erbsen- bis Bohnengrösse, hart indurirt. In der rechten Lungenspitze ein harter verkäster Knoten von Nussgrösse.

VIII. (Fall 202.)

Monastyrski. 6./VI. 1886. — Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Michail Tschamow, Kleinbürger, Schriftsteller, 40 Jahre alt, unverheirathet, trat am 5. Juni 1886 in's klinische Institut. Pat. giebt an, ausser einer Lungenentzündung nie krank gewesen zu sein. Im September 1885 fühlte er beim Schlucken ein Hinderniss, das ihn anfangs wenig, allmählig immer mehr incommodirte, so dass er im December sich in's Marien Hospital zu St. Petersburg begab; hier soll man ihm noch eine ganz dicke Schlundsonde

durchgeführt haben, von da ab soll die Strictur rasch zugenommen haben, so dass Pat. sehr von Kräften kam[1]). In der letzten Zeit ist nur das Schlucken von Flüssigkeit, Thee, Milch — die denn auch seine ausschliessliche Nahrung gebildet haben — möglich. Ein Bekannter des Pat. sagt aus, Pat. sei starker Säufer gewesen und hätte einst im betrunkenen Zustande eine ganze Flasche 90⁰ Spiritus ausgetrunken, wonach sein jetziges Leiden aufgetreten sei.

Stat. praes.: Schrecklich abgemagertes, kachectisches Individuum mittlerer Grösse von schmächtigem Körperbau, Gesichtsausdruck ängstlich. Augen tief eingesunken, der ganze Habitus der eines Schwerleidenden. Brustorgane zeigen auskultatorisch in den unteren Partien, besonders rechts unbestimmtes Atmen und zerstreute Rasselgeräusche. Percutorisch rechts unten hinten Dämpfung, Herztöne schwach, Grenzen normal, Atmung 28, Puls 78. Der Bauch stark eingezogen, die in ihm enthaltenen Organe zeigen keine Abnormitäten. Untersuchung mit der Schlundsonde zeigt 25 Ctm. von den Schneidezähnen, starkes Hinderniss für mittlere Olive, Pat. klagt über schrecklichen Durst; der Hunger, meint er, sei erträglich im Verhältniss zu Ersteren. Die geschluckten Massen werden teilweise oder auch ganz regurgitirt. Ueber Schmerzen klagt Pat. im Ganzen nicht.

5./VI. Pat. erhält ein Peptonklysma 90,0 Wein, ein Vollbad als Vorbereitung zur Operation. Da er so sehr über Durst klagt, wird ihm gestattet Eispillen zu schlucken, ausserdem wird ihm ein Salzwasserklyma gegeben.

6./VI. Morgens Temp. 36,4, Puls einige 70. Nährklysma; 10 Uhr Morgens einzeitige Gastrostomie, ausgeführt von Prof. Monastyrski in der Chloroformnarkose. Die einzige Schwierigkeit bildete die Aufsuchung des Magens, der, sehr tief und zusammengezogen vom linken Leberlappen verdeckt, liegt. Die ganze Operation in typischer Weise. Nach Einstellung des Drains sofortige Fütterung, (1½ Unzen Fleischmilchlösung, 1 Ei und 1 Unze Wein). Während der Verbandanlage erhält Pat. zwei Spritzen Tinct. Moschi. subcutan. Pat. erholt sich rasch nach der Operation, fühlt sich recht zufrieden, nur leichter Schmerz in der Wunde. Pat. wird in gleicher Weise noch um 2 und 9 Uhr Abends gefüttert. Um 5 Uhr Nachmittags erhält er ein Nährklysma und per fistulam 2 Unzen Wein. Gegen Abend tritt Singultus auf. Pat. erhält zur Nacht ¼ Gr. Morphii muriat subcutan. Temp. Abends 37,5, Puls zufriedenstellend.

7./VI. Morgens 36,5, Puls klein, über 80. Pat. hat die ganze Nacht geschlafen, ist sehr zufrieden. Der Schmerz in der Wunde dumpfer, kein Aufgetriebensein des Leibes. Er wird im Lauf des Tages 3mal (9 Uhr Morgens. 2 Nachm. 8 Abends) gefüttert. Erhält, seines kleinen Pulses wegen, alle 3 Stunden 1 Glas Wein per fistulam. Morgens Tinct. Moschii eine Spritze. Am Abend Pat. hat sich ungeheuer verändert, Gesicht drückt Angst aus. Leichtes Aufgetriebensein des Leibes. Pat. soll am Nachmittage phanthasirt haben, es wird ihm mit Wein Tinct. Opii gtt./VIII eingegossen. Zur Nacht erhält Pat. ¼ Gr. Morphium. Singultus ist stärker geworden, Temp. Abends 37,8.

8./VI. Die Nacht über hat Pat. geschlafen, Temp. 37,4, Puls sehr klein, beschleunigt 120. Gesichtsausdruck nicht so besorgnisserregend, die Atmung beschleunigt 28. Rhonchi zahlreicher. Pat. wird um 9 Morgens. 2 Nachm. 9 Abends gefüttert, erhält um 5 Uhr Wein; gegen

1) Am 28./V. 1886 kam Pat. zum ersten Mal in das Ambulatorium des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna. Er war sehr schwach, damals passirte noch flüssige Nahrung die Strictur. Die dünnste Olive liess sich schon damals nicht durchführen, so dass ihm die Gastrostomie vorgeschlagen wurde und er auf die Gefahr des Aufschubs aufmerksam gemacht wurde. Dessungeachtet kam er erst am 5. Juni wieder, also nach einer Woche.

Abend wird Pat. wieder viel schwächer, Puls über 120, unregelmässig, fadenförmig. Abends Temp. 37,8. Pat. erhält abwechselnd Wein und tinct. Moschi. Bewusstsein nicht mehr frei.

9./VI. Rhonchi im Laufe der Nacht bedeutend zugenommen. Der Puls unzählbar, hat auch bis zum Morgen constant abgenommen. Pat. liegt mit offenen Augen da, ohne Besinnung, kalter Schweiss. Nach kurzer Dyspnoe stirbt Pat. um 12 Uhr 30 Minuten Mittags.

Die am 10./VI. ausgeführte Section ergab: Sehr abgemagerter, anaemischer Leichnam, Hautdecken zeigen leicht gelbliche Verfärbung, in der Bauchwand einige Ctm. unter dem linken Rippenbogen eine frische, ca. 10 Ctm. lange Schnittwunde, zwischen deren Rändern die Magenwand eingenäht. Die Ränder zeigen keinerlei Reaction. In der Bauchhöhle keine Anzeichen von Peritonitis. In den Pleuraräumen beiderseits seröse leicht blutig verfärbte Flüssigkeit in geringer Menge. Die linke Lunge fast in der ganzen Ausdehnung hinten verwachsen, Herzbeutel enthält ca. 3 Löffel serösen Flüssigkeit. Herz vergrössert. Linker Ventrikel leer, rechter und beide Vorhöfe mit schwärzlichen Blutcoagulis gefüllt. Klappen normal. Musculatur blass, von gelblichroter Färbung. Die Aortenintima stellweise sclerosirt. Kehlkopf, Trachea, Lungen, Oesophagus und Magen werden zusammen herausgenommen. Der Oesophagus wird an der hinteren Seite aufgeschnitten, 7½ Ctm. unter dem oberen Rande des Ringknorpels befindet sich ein 7½ Ctm. langes Ringgeschwür im Oesophagus, in dessen nach vorn zu liegender Hälfte ungefähr in der Mitte sich eine Perforationsöffnung von 1 Ctm. Durchmesser befindet. Die Oeffnung führt direkt in die Trachea, etwas oberhalb der Bifurcation. Die Verengerung des Oesophagus ist nicht sehr bedeutend, die Schleimhaut der Trachea und der grösseren und kleineren Bronchen ist dunkel verfärbt und bedeckt mit massiger zäher schleimigeitriger, leicht blutiggefärbter Flüssigkeit. Der Unterlappen der linken Lunge hepatisirt, dunkelrot verfärbt; von der Schnittfläche lässt sich eine dunkelrote Flüssigkeit ausdrücken. Teile dieses Lappens gehen im Wasser unter. Rechter Unterlappen gleichfalls hepatisirt, doch nicht so stark ausgesprochen, seine Stücke sind noch schwimmfähig. Die oberen Lappen beider Lungen zeigen Randemphysem und -ödem. Leber recht klein, auf der Schnittfläche von gelblichbrauner Färbung, Milz vergrössert, Pulpa zerreisslich von dunkelroter Farbe. Die Nieren leicht hyperämisch, sowohl die Corticalis, sowie die Pyramiden. Im unteren Teil des Ileum die Schleimhaut ein wenig hyperämisch. Dickdarm mit geformten Faeces gefüllt. Magenschleimhaut ein wenig verdickt mit zähem Schleime bedeckt, stellweise kleine Haemorrhagien. In der Blase gegen 2 Unzen klaren Harns. Fistelöffnung in der Magenvorderwand etwas näher zum Pylorus als zur Cardia gelegen, ¾ Ctm. gross, den Drain gut umschliessend. In der Umgebung die Adhäsionen frisch, doch ziemlich fest.

IX. (Fall 203.)

Prof. Ed. von Wahl. 23./VIII. 1886. Chir. Klinik. — Briefliche Mitteilung.

Jacob Parral, 60 Jahre alt. Landarbeiter, aufgenommen den 15. August 1886, stammt von gesunden Eltern und will bisher stets gesund gewesen sein. Lues wird in Abrede gestellt, Alcoholgenuss dagegen zugegeben. Ende April 1886 empfand er zuerst Beschwerden beim Schlingen fester Nahrung, welche sich allmählig im Laufe des Sommers steigerten. Seit etwa 4 Wochen kann er feste Speise gar nicht, flüssige nur in geringen Quantitäten herunterbringen. Der grösste Teil der aufgenommenen Nahrungsmittel wird nach einiger Zeit durch Aufstossen wieder entleert. Um dieselbe Zeit stellte sich Heiserkeit ein.

Status praesens: Pat. ist abgemagert und von kachectischem Aussehen, Fettpolster fast ganz geschwunden. Körpergewicht 47,300 Grm. Bei der Sondenuntersuchung findet sich ein impermeables Hinderniss, etwa 10 Ctm. nach abwärts vom Eingange des Schlundes. Am Herzen nichts Abnormes, leichtes Emphysem der Lungen. Die Laryngoskop: Untersuchung ergiebt eine Lähmung des rechten Stimmbandes. Stuhl verhalten. — Pat. wird anfänglich durch Leube'sche Klystiere ernährt, da die Kräfte aber sichtlich schwinden, am 23. August die Gastrostomie vorgenommen. Schnitt nach Fenger (Virchow's Archiv Band VI, pag. 350) 2 Ctm. unterhalb des linken Rippenbogens vom äusseren Rande des rectus abdom. beginnend bis zu einer Horizontallinie, welche das 9. Rippenpaar in der reg. epigastrica verbindet, etwa 8 Ctm. lang. Schichtweise Durchtrennung der Bauchdecken; nach Eröffnung des Peritoneums Einlage einer desinficirten Compresse in die Bauchhöhle und Umsäumung der Wundränder mit dem Peritoneum nach der Methode von Max Müller (Langenbeck's Archiv 24, pag. 176) Da indessen der vollständig collabirte, nach einwärts gesunkene Magen sich durch die angelegte Oeffnung nicht erreichen lässt, so wird der Schnitt nach aufwärts bis an die lin. alba verlängert, der Leberrand in die Höhe gehoben und nun der Magen hervorgezogen, in der Wunde durch Seroso-muscularis Nähte befestigt, die äussere Wunde durch tiefgreifende Nähte verkleinert, sofort die Eröffnung des Magens durch 2 Ctm. langen Schnitt vorgenommen und ein mit Korkstöpsel verschlossenes, ungefenstertes dickeres Drainrohr eingelegt. Die Schleimhautränder werden umgekrempelt und an den äusseren Wundrändern durch eine dichte Nahtreihe befestigt. Da kein Erbrechen eintritt und Pat. sich rasch von der etwas langdauernden Narkose erholt, konnte noch am Abend desselben Tages ein Glas Milch mit Ei und Cognac durch die Röhre eingelassen werden. Vom 24. bis zum 27. August wird alle 3 Stunden in der erwähnten Weise gefüttert. vom 27. August ab dem Pat. consistentere Nahrung: Fleisch, Brot etc. verabfolgt, welche er zuerst durchkaut, und dann nach Trendelenburg, durch ein längeres elastisches Rohr in den Magen hineintreibt. Pat. fühlt sich relativ wohl, klagt nicht über Schmerzen, nur der Stuhl ist träge und muss durch Klystiere befördert werden.

Den 4. September. Da neben dem Rohr Magensaft und Mageninhalt auszutreten beginnen, wird das Rohr entfernt und ein Compressionsverband mit Wattebausch applicirt.

Den 5. September. Das Körpergewicht ist trotz der sorgfältigsten Pflege auf 45,800 Grm. zurückgegangen. Lästiges Eczem in der Umgebung der Fistel.

Den 15. September. Da sich die Fistel nicht verengern will und der Mageninhalt in sehr lästiger Weise austritt, wird der Kapeller'sche Obturator (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XVII, p. 132) applicirt, erweist sich aber nicht so schlussfähig wie erwartetet wurde. Körpergewicht 42,700 Gramm.

Den 23 September. Der Kapeller'sche Apparat hat besser gehalten. Körpergewicht 43,800 Grm., es stellt sich ziemlich regelmässiger spontaner Stuhlgang ein. Pat. wird am 20. Octob. auf dringende Bitte entlassen. Ein absolut dichter Verschluss konnte trotz aller Mühe und Sorgfalt nicht erreicht werden. Brieflicher Nachricht zufolge ist Pat. ca. 2 Monate später zu Hause verstorben.

X. (Fall 206.)

G. Tiling 19./XII. 1886. — 1886 Krankenbogen Nr. 571 des deutschen Alexander Hospitals zu Petersburg.

Jegor Slawin, 60 Jahre alt, aufgenommen den 16. December. (Diagnose Carcinoma.) Patient giebt an seit 2 Monaten krank zu sein und zwar könne er seitdem keine Nahrung

zu sich nehmen, ohne dass dieselbe sofort erbrochen werde, dabei sei er rapid abgemagert. In den letzten 14 Tagen sei er durch Klystiere ernährt worden.

Status praes.: Aeusserster Inanitionszustand, durch die eingefallenen pergamentartigen Bauchdecken sieht man deutlich die Teilungsstelle der Aorta abdom. über dem Promontorium. Herz, Lunge normal. Carcinomatöser Habitus. Puls sehr klein. Pat. erbricht jeden Schluck und klagt dabei über Brennen in der Magengegend. Die Sonde geht leicht durch den Oesophagus. Leber sehr klein, kaum bestimmbar. In der Pylorusgegend fühlt man einen harten Knoten durch die Bauchdecken.

50 Grm. Koch's Pepton in 2 Unzen Wasser gelöst, injicirt nach vorhergegangenen Reinigungsklystieren behält Pat. bei sich, ebenso 2 Stunden darauf dieselbe Menge; 1 Stunde nach der II. Portion erfolgte ein Stuhl.

17./XII. Die Schwäche nimmt bedeutend zu; kleine Schluck Selters mit Milch behält Pat.

18./XII. Nach wiederholten Campherinjectionen wird der Puls etwas belebter. Die Arteria radialis deutlich sichtbar, der Puls aber kaum fühlbar. Das Peptonklystier behält Pat. wohl noch bei sich.

19./XII. Da Patient durchaus die Operation verlangt, wird die Gastrostomie gemacht, eine Narkose ist der enormen Erschöpfung wegen, ganz unmöglich. Vor und während der Operation, die ganz ungestört verläuft, erhält Pat. Moschus subcutan und ist in warme Decken eingehüllt, Wärmflaschen am Körper, Zimmertemperatur erhöht. Nachdem das Operationsfeld desinficirt ist, wird ein ca. 7 Ctm. langer Schnitt parallel dem linken Rippenrande 2 Ctm. von diesem von rechts oben nach links unten von der Mittellinie ausgehend, gemacht bis auf die hintere Rectusscheide, dann Durchtrennung der letzteren.

Nachdem ein Gefäss unterbunden keine Blutung mehr vorhanden ist, wird zwischen zwei Hakenpincetten das Peritoneum durchtrennt, der Schnitt entsprechend der Hautwunde vergrössert; es kommt zu Gesicht der linke Leberlappen, der den Magen überdeckt. Vernähung des Peritoneums mit der äusseren Haut durch fortlaufende Naht; der linke Leberlappen vom Assistentenfinger zur rechten Seite zurückgehalten. Der Finger des Operateurs tastet den kleinen Magen, der hoch unter dem Zwerchfell liegt; es zeigt sich undeutlich ein Strang von der Cardia zum Pylorus laufend dem tastenden Finger. Der Magen wird mit den Fingern hervorgezogen. Nachdem man sich durch Betrachtung der kleinen und grossen Curvatur überzeugt, den Magen zu haben, wird derselbe mit seiner vorderen Wand rechts und links mit je einer Matratzennaht, die die Mucosa nicht durchzieht, an die Bauchdecken angeheftet, es treten bereits zahlreiche punktförmige Ecchymosen auf der Serosa des Magens auf. Nun werden noch zwei Matratzennähte in beiden Wundwinkeln angelegt, die wiederum nur Serosa und Muscularis fassen, dann wird mit fortlaufender Naht im ganzen Umfange der äusseren Wunde der Magen angenäht, indem die Nadel stets möglichst breite Brücken der äusseren Magenwand zu fassen sucht. Jetzt liegt die Magenwand der Innenfläche überall dicht an. In die Magenwand wird ein ca. $1/2$ Ctm. langer Schnitt, alle Schichten durchdringend, gemacht; durch diesen ein entsprechendes Drainrohr geführt, durch welches sofort circa $1/2$ Unze heissen Wein und Wasser hineingegossen und gut vertragen wird.

20./XII. Morgens gegen 4 Uhr starb Pat. unter zunehmender Schwäche. Bis dahin wurden 2mal ca. $1/2$ Unze Koch's Fleischpepton durch das in den Magen durch die Bauchwunde führende Drainrohr eingegossen, die gut vertragen wurden.

Section konnte nicht stattfinden, ebenso nicht die Bauchwunde unter dem Verbande inspicirt werden.

Es sollen, wie mir Dr. Jos. Schomacker d. z. Assistent im Alexanderhospital mündlich mitteilte, bei Lebzeiten absolut keine Anzeichen von Peritonitis dagewesen sein.

XI. (Fall 207.)

Monastyrski 12./II. 1887.

Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Nikolai Ignatjew, 62 Jahr alt, unverheirathet, Beamter der Canzlei des Stadthauptes; in der Verwandtschaft kein Carcinom nachweisbar, stets gesund gewesen. Seit dem Sommer 1886 fühlte er Unwohlsein, bisweilen Schmerzen im Unterleibe, im Epigastrium, mit anhaltender Obstipation. Behandelt wurde er im Ambulatorium einer Schwesterschaft. Vor Weihnachten trat Hinderniss beim Schlucken fester Speisen auf, das so rasch zunahm, dass schon zu Neujahr 1887 äusserst wenig feste Speise passirte. Von den ihn behandelnden Aerzten wurde ihm feste Speise ganz untersagt und nährte er sich ausschliesslich von Bouillon und Milch. Seit dem Sommer vorigen Jahres (1886) hatte er stark abgenommen, die Kräfte sind geschwunden; in den letzten 3 Wochen kann er Flüssiges nur sehr wenig herunterbringen und stellt sich nach jeder Nahrungsaufnahme Erbrechen, das fast alles Aufgenommene wieder herausbefördert, ein. Pat. wurde am 11./II. 1887 in die Klinik aufgenommen.

Status praesens: Aeusserst abgezehrter Mann von mittlerer Grösse. Haut welk, leicht icterisch. Intercostalräume und Bauch tief eingezogen. Puls sehr klein, schwach. Sichtbare Schleimhäute anämisch, blass. Augen tief eingefallen. Zunge trocken. Aeussere Untersuchung lässt nirgends Geschwulstbildungen constatiren. Untersuchung der Brust- und Bauchhöhle ergiebt ausser schwachem Atem und hohlen Herztönen nichts Abnormes. Beim geringsten Versuch Wasser zu trinken, tritt heftiges Würgen und Erbrechen auf. Im ausgeworfenen Schleim kein Blut. Es wird von der Sondeneinführung abgestanden. Pat. erhält ein Bad und zwei Nährklystiere. Temp. Abends 35,8. Pat. klagt über schrecklich quälenden Durst.

12./II. Morgens Temp. 36,2. Puls c. 75. Die in den Oesophagus geführte Sonde dünnen Calibers bleibt 33 Ctm. hinter den Schneidezähnen stecken. An der Olive findet sich, ebenso wie in dem durch Würgen heraufgeworfenen Schleim, kein Blut. Es wird um 10 Uhr unter localer Anaesthesie die Gastrostomie von Prof. Monastyrski einzeitig nach typischer Weise ausgeführt. Coc. muriat. wird 0,03 injicirt. Zu erwähnen wäre, dass bei Palpation des Magens sich an der Curvatura minor längs der ganzen Ausdehnung Knoten durchfühlen lassen. Der Magen ist verhältnissmässig schwer in die Bauchwunde zu ziehen. Nur während des Herausziehens des Magens klagt Pat. über ein dumpfes Schmerzgefühl, das übrige Operiren völlig schmerzlos. Es wird durch den eingeführten Drain gleich Fütterung vorgenommen. Nach Ueberführung ins Krankenzimmer Puls 90. Pat. fühlt sich wohl. Er erhält per fistulam 3malig ein Glas Wein. Am Abend nochmalige Fütterung. Subjectives Befinden sehr gut. Puls 84. Temp. 36, 2. Keine Schmerzhaftigkeit des Bauches.

13./II. Morgens Temp. 36,5. Puls 78. Subjectives Befinden gut. Da gegen Morgen Defaecation aufgetreten und der Verband verunreinigt worden, Verbandwechsel. Der Drain schliesst die Fistel gut ab, die Wunde rein, keine Reaction der Umgebung. Der Magen mit Bauchdeckenwundrändern schon verklebt. Fütterung 3mal und 3mal Wein. Abends Temp. 37,5.

14./II. Pat. hat die Nacht geschlafen, gegen Morgen hat sich 3mal Diarrhoe eingestellt, Tags über sehr schwach, collabirt, Puls nicht fühlbar. Temp. 36,2. Moschus und Fütterung. Nach derselben ca. 1/2 Stunde später Puls 108 filiform. Nach einer weiteren Stunde Puls nicht zu fühlen. Moschus zweistündlich. Am Abend Puls filiform, Temp. 36,3. Pat. schläft viel, ist im Laufe dieses Tages zweimal gefüttert worden und hat 3mal ein Glas Wein per fistulam bekommen. Seine einzige Bitte ist um Schwarzbier und trinkt er auch ein Glas mit Wohlbehagen aus.

15./II. Morgens 36, Puls nicht fühlbar. Extremitäten kalt, trotz Wärmflaschen und Excitantien stirbt Pat. 9 Uhr 10 Min. Morgens.

Section: 16./II. Sehr abgemagerter Leichnam. In der linken Bauchhälfte ein Finger breit unter dem Rippenbogen Hautschnitt mit eingenähtem Eingeweideteil; in dessen Mitte eine Oeffnung, völlig abgeschlossen durch ein eingestelltes Drainrohr, sich befindet. Därme leicht aufgetrieben. Keine Peritonitis. Linke Lunge oben und hinten in der ganzen Ausdehnung verwachsen. Rechte Lunge nur oben leicht verwachsen. In der linken Pleurahöhle ca. 2 Unzen trüber, leicht blutiggefärbter Flüssigkeit. Im Herzbeutel etwas seröse Flüssigkeit. In den Herzbeuteln wenig Blut, im rechten einige rote Coagula. Klappen normal. Musculatur von bräunlicher Atrophie. Die Lungen in den oberen Teilen stark emphysematös, in den unteren hypostatisch und ödematös. Im Mesenterium viele vergrösserte Drüsen von Erbsen- bis Bohnengrösse. Rechter Leberlappen auffällig gross, linker klein. Muscatnussleber, dabei fettige Degeneration stärker ausgeprägt als Hyperämie; carcinöse Knoten nicht zu finden. Die grossen Nieren zeigen fettige Degeneration; in den Pyramiden Hyperämie. Milz klein, welk. Magen- und Bauchwand in der Umgebung der Fistel fest verklebt. Im unteren Drittel des Oesophagus exulcerirte Geschwulst, die von hier auf die Curvatura minor des Magens übergreift. In der Umgebung des Magens viele vergrösserte carcinös degenerirte Drüsen. Im Pancreas viele Knoten. Zwischen Pancreas und Aorta ein grosser Knoten.

XII. (Fall 208.)

C. Johansen 7./III. 1887. — Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Agrafena Minajew, Köchin, 52 Jahre alt, Mutter dreier Kinder. Trat in die Klinik am 5./III. 1887. Im October 86 fühlte sie Behinderung beim Schlucken fester, sehr bald nachher auch flüssiger Speise. Sie magerte stark ab, es trat leichte Gelbsucht auf.

Stat. praes.: Leichte icterische Verfärbung der Hautdecken. Der Leib stark eingezogen, durch die Bauchdecken lassen sich die mit Faeces gefüllten Därme leicht durchfühlen. Leber und Milz nicht vergrössert, Herz und Lungen normal, Puls schwach. Bei der Sondenuntersuchung des Oesophagus: Strictur im unteren Drittel.

Am 7./III. Unter Localanaesthesie mit Cocainum muriat. wurde die Gastrostomie von C. Johansen ausgeführt. Zur Anaesthesie wurden Gr. 3/4 verwandt. Dieselbe war fast vollständig. Operation typisch einzeitig. Nach Eröffnung des Magens sofortige Fütterung. Pat. wird am Abend noch einmal gefüttert.

8./III. Keine Schmerzen, Leib nicht aufgetrieben, Puls nicht beschleunigt. Pat. erhält am Tage in 2maliger Fütterung 1 1/2 Flaschen Milch, 1/2 Pfd. geschabten Fleisches, 2 Glas Wein und 30 bis 60,0 Grm. Syrup; per os ein wenig Thee.

9./III. Zustand gut.

11./III. Gegen Abend und in der Nacht Schmerzen im Unterleibe.

12./III. Verbandwechsel. Die Wunde sieht gut aus, leichte Röte in der Umgebung derselben, Schmerzen im Leibe geringer.

13./III. Schmerzen vergangen. Zustand gut.

20./III. Entfernung der Nähte. Prima intentio. Der Drain schliesst vollständig. Pat. bleibt von nun ab bis zum 26./IV. in einem Verbande, fühlt sich gestärkt, geht umher. Beim Verbandwechsel ist die ganze Bauchwunde fest vernarbt. Die Fistel wiederum tief liegend unter den Rippenbogen eingezogen. In dem unteren Wundwinkel ein wenig Wucherung von Granulationen. Der Drain schliesst vollkommen. Pat. bleibt noch bis zum 25./V. in der Klinik, sie hält sich während dieser Zeit sehr gut. Die Kachexie nimmt nicht sehr merklich zu, ihr Allgemeinzustand noch ein durchaus zufriedenstellender.

5./III.	Temp.	Morgens	—	Abends 36,8	7./IV.	Temp.	Morgens 36,7	Abends 37,3
6./III.	„	„ 36,5	„	37,4	8./IV.	„	„ 36,2	„ 37,0
7./III.	„	„ 36,7	„	37,1	9./IV.	„	„ 36,9	„ 37,1
8./III.	„	„ 37,7	„	37,5	10./IV.	„	„ 37,0	„ 36,6
9./III.	„	„ 37,3	„	37,3	11./IV.	„	„ 37,0	„ 36,7
10./III.	„	„ 36,8	„	37,0	12./IV.	„	„ 37,0	„ 36,8
11./III.	„	„ 37,4	„	37,3	13./IV.	„	„ 37,7	„ 37,2
12./III.	„	„ 36,9	„	36,8	14./IV.	„	„ 37,3	„ 37,0
13./III.	„	„ 37,2	„	36,8	15./IV.	„	„ 36,9	„ 36,7
14./III.	„	„ 36,8	„	37,2	16./IV.	„	„ 36,6	„ 36,5
15./III.	„	„ 37,4	„	37,1	17./IV.	„	„ 37,1	„ 36,8
16./III.	„	„ 37,0	„	36,5	18./IV.	„	„ 36,6	„ 37,2
17./III.	„	„ 36,7	„	36,8	19./IV.	„	„ 37,0	„ 37,1
18./III.	„	„ 37,0	„	36,9	20./IV.	„	„ 36,6	„ 37,1
19./III.	„	„ 37,0	„	36,9	21./IV.	„	„ 37,5	„ 36,6
20./III.	„	„ 37,0	„	36,5	22./IV.	„	„ 36,8	„ 36,6
21./III.	„	„ 36,5	„	36,2	23./IV.	„	„ 36,7	„ 37,0
22./III.	„	„ 36,3	„	36,5	24./IV.	„	„ 36,8	„ 37,0
23./III.	„	„ 36,3	„	36,5	25./IV.	„	„ 37,0	„ 37,0
24./III.	„	„ 36,2	„	37,0	26./IV.	„	„ 36,8	„ 37,2
25./III.	„	„ 36,3	„	36,8	27./IV.	„	„ 36,8	„ 37,0
26./III.	„	„ 37,1	„	36,7	28./IV.	„	„ 36,6	„ 36,8
27./III.	„	„ 36,5	„	37,0	29./IV.	„	„ 36,8	„ 36,6
28./III.	„	„ 36,3	„	36,9	30./IV.	„	„ 36,5	„ 37,7
29./III.	„	„ 36,8	„	36,6	1./V.	„	„ 36,8	„ 37,4
30./III.	„	„ 36,7	„	36,8	2./V.	„	„ 37,0	„ 37,1
31./III.	„	„ 36,5	„	36,2	3./V.	„	„ 37,0	„ 37,5
1./IV.	„	„ 37,3	„	36,6	4./V.	„	„ 37,1	„ 37,0
2./IV.	„	„ 37,4	„	36,8	5./V.	„	„ 36,6	„ 37,0
3./IV.	„	„ 36,4	„	37,1	6./V.	„	„ 36,7	„ 37,0
4./IV.	„	„ 36,5	„	36,8	7./V.	„	„ 36,8	„ 37,2
5./IV.	„	„ 36,8	„	36,8	8./V.	„	„ 36,6	„ 36,5
6./IV.	„	„ 36,9	„	36,8	9./V.	„	„ 36,5	„ 36,7

10./V.	Temp. Morgens	36,7	Abends	37,0		18./V.	Temp. Morgens	36,5	Abends	36,3
11./V.	„ „	37,1	„	36,6		19./V.	„ „	36,3	„	36,6
12./V.	„ „	36,6	„	37,1		20./V.	„ „	36,7	„	37,6
13./V.	„ „	36,8	„	36,8		21./V.	„ „	36,9	„	36,7
14./V.	„ „	36,7	„	36,8		22./V.	„ „	36,9	„	36,8
15./V.	„ „	36,0	„	36,7		23./V.	„ „	36,7	„	36,9
16./V.	„ „	36,4	„	36.6		24./V.	„ „	37,3	„	37,7
17./V.	„ „	36,8	„	36,7		25./V.	„ „	36,9	„	

Briefliche Erkundigungen ergaben, Pat. sei ins Dorf (wohin?) gegangen und dort verstorben. In dem Hausbuche (nach der Adresse) fand ich dieselbe Bemerkung, so dass mir weitere Nachforschungen unmöglich waren.

XIII. (Fall 210.)

Monastyrski 9./V. 1887. Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Chonem Abramowitsch, Schuster, 54 Jahre alt, verheirathet, Vater von 6 Söhnen will früher stets gesund gewesen sein; hat bald nach Neujahr 1887 bemerkt, dass die Speisen schwer heruntergehen. Dieses Schluckhinderniss nahm allmählig zu, so dass er seit 1½ Monaten keine feste Nahrung mehr geniesst und eigentlich nur von Milch, Eiern und in Milch aufgeweichtem Weissbrod lebt. Am 6./V. 1887 bemerkt er, dass auch Milch schwer hinuntergehe. In der Nacht von 5. auf 6. (3 Uhr Morgens) habe er absolut nichts herunterbringen können. 2 Tage später sei er so schwach gewesen, dass er den ganzen Tag vor Schwäche zu Bett gelegen; seit 6 Tagen besteht Obstipation. Pat. hat oft an Regurgitiren der Speisen gelitten und muss sehr häufig zähen, fadenziehenden Schleim aushusten; in diesem Schleime, will jedoch Pat. nie Blutspuren gesehen haben. Abusus spirituosorum oder Lues giebt Pat. nicht zu. Er wandte sich am 8./V., also am dritten Tage des absoluten Hungers, in's klinische Institut.

Stat. praes. Patient sehr herabgekommenes, elendes Individuum von mittlerer Grösse, mässigem Körperbau, sehr atrophischer Musculatur; panniculus adiposus völlig geschwunden, Hautfarbe schmutzig gelblich, Haut sehr trocken. Die aufgehobenen Hautfalten glätten sich sehr langsam. Die sichtbaren Schleimhäute ungemein blass, Zunge trocken, Augen tief in den Höhlen liegend, Thorax von exquisiter Fassform. Bei der Sondenuntersuchung bleibt die Sonde 34 Ctm. hinter den Schneidezähnen stecken. Die Untersuchung der Lungen giebt ausser Randemphysem und Bronchialatmen rechts hinten zwischen den Schulterblättern nichts Abnormes Bei Palpation des Rückens ist der 6, 7 und 8 Rückenwirbel bei Druck auf die processus spinosi empfindlich. Diese drei Wirbelfortsätze treten auch nicht so markirt, wie die übrigen, hervor. Das Herz normal, die Töne etwas dumpf. Radialpuls etwas hart. Die Unterleibsorgane bieten nichts Besonderes dar. Der Bauch kahnförmig, die Intercostalräume tief eingezogen. Bei Druck auf Epigastrium klagt Pat. über ziemlich heftige Schmerzen. Pat. klagt über Hunger und Durst, entschliesst sich rasch zur Operation. Am 8./V. Pat. wird zur Operation vorbereitet, erhält ein Vollbad und Nährklystiere.

Am 9./V. Es wird unter localer Anaesthesie durch Cocain zur Operation von Prof. Monastyrski geschritten. Es werden Pat. im Ganzen 4 Spritzen Cocainlösung à ¼ Gr. injicirt. Die Operation selbst in für uns, typischer Weise vollführt, bot keine besonderen Schwierigkeiten. Pat. reagirte zu Anfang garnicht, sagte, er hätte wohl das Gefühl des Berüh-

rens, aber keine Schmerzen. Erst das Hervorziehen des Magens bezeichnete er als unangenehmes Gefühl und empfand erst Schmerz beim Knüpfen der letzten 8—10 Nähte. Die Operation wird einzeitig gemacht und Pat. gleich gefüttert. Nachdem er in's Bettgebracht, fühlt Pat. sich recht wohl, klagt nur über Völle des Magens, Puls 90, Atmung 22, Temp. vor der Operation 37. Abends der Zustand zufriedenstellend. Pat. hat ein wenig Milch und Thee selbst geschluckt. Ueber Druck des gefüllten Magens klagt er wiederum. Leichter Singultus. Beim Füllen des Magens treten ein paar Secunden, nachdem die ersten Massen in den Magen gelangt, unwillkührliche Schluckbewegungen auf. Abends Fütterung per fistulam. 1 Uhr Nachts Pat. schläft nicht, klagt über Schlaflosigkeit, hat keinerlei Schmerzen, selbst nicht bei Palpation des Unterleibes.

10./V. Fütterung 2 mal am Tage. Allgemeinzustand zufriedenstellend. Gesichtsausdruck ein wenig frischer. Die Zunge feucht, der Unterleib etwas voller. Nachts Schlaflosigkeit, Puls beschleunigt, 100, Schmerzen im Unterleib. Der Bauch ein wenig aufgetrieben. Es werden Pat. gtt. 10 tinct. opii simpl. per fistulam gegeben, worauf Pat. bald einschläft.

11./V. Morgens. Allgemeiner Zustand befriedigend. Pat. hat bis zum Morgen geschlafen. Fütterung, 2 mal täglich wie auch am folgenden Tage am 12./V.

13./V. Pat. wird, da der Allgemeinzustand gut und keine Schmerzen vorhanden sind, der Bauch jedoch noch immer aufgetrieben, ein Klysma verabfolgt, worauf mehrmals gegen Abend reichliche Stühle erfolgen.

14./V. Pat. fühlt sich wohl, er wird jetzt 2- oder 3 mal täglich gefüttert. Je nach dem Pat. es wünscht. Es hat sich leichter Husten eingestellt, daher Pulv. Doweri 0,3 mit Wein 3 mal täglich.

16./V. Pat. klagt über Hunger, trinkt Milch und Wein verhältnissmässig frei; obgleich er jetzt genügend Essen bekommt, quält er sich stets mit dem Gedanken ab, wie er seinem Magen noch mehr zuwenden könne, so dass er vom 18./V. ausser den Fütterungen 2 weichgekochte Eier, 2 bis 3 Glas Wein und eine ganze Flasche Milch per os, erhält. Pat. ist auch hiermit nicht zufrieden, so dass ihm 20./V. noch ein dreikopeken Weissbrod hinzugegeben wird. Pat. hat sich sichtbar erholt. Da bisher kein Stuhl erfolgt, Klysma. Pat. klagt in der folgenden Zeit stets über zu geringe Kost, sein Husten ist geschwunden, er selbst sichtlich kräftiger.

Am 23./V. Abnahme der Nähte, die Nähte sind tief eingeschnitten, überall prima intentio. Der Drain füllt die Fistelöffnung vollständig, so dass kein Tropfen Mageninhalt ausgeflossen. Ein neuer Verband.

25./V. Pat. verlässt das Bett, klagt über grosse Schwäche. In den folgenden Tagen bis 30./V. erholt sich Pat., zuweilen kleine Verschlimmerungen des Hustens. Pat. ist soweit gekräftigt, dass er, nachdem er die Fütterungsart selbst erlernt, nach Hause entlassen werden kann. Er wohnt bei einer Station der Nicolaibahn, will sich jedoch gern alle 14 Tage in der Klinik vorstellen. Es wird ihm noch ein neuer Verband angelegt. Die eingenähte Magenwand hat die Bauchdecken ziemlich tief eingezogen, so dass die Fistelöffnung in einer unter dem Rippenbogen entstandenen Falte zu liegen kommt. Pat. geht mit demselben Drain fort, den er in der Klinik gebraucht.

9./V.	Morgens Temp. 37,0,	Atmung 32,	Puls 90.	Abends Temp. 36,9,	Atmung 30,	Puls 78
10./V.	„ „ 36,5,	„ 28,	„ 90.	„ „ 37,0,	„ 30,	„ 100
11./V.	„ „ 37,0,	„ 32,	„ 96.	„ „ 37,1,	„ 36,	„ 100
12./V.	„ „ 37,0,	„ 28,	„ 90.	„ „ 37,5,	„ 36,	„ 100
13./V.	„ „ 37,0,	„ 30,	„ 76.	„ „ 37,1,	„ 32,	„ 80

Datum	Morgens Temp.	Atmung	Puls	Abends Temp.	Atmung	Puls
14./V.	36,6,	26,	76.	37,0,	26,	76
15./V.	36,7,	30,	70.	36,4,	32,	76
16./V.	36,5,	26,	68.	36,7,	32,	76
17./V.	37,0,	30,	66.	36,9,	32,	76
18./V.	36,7,	26,	62.	37,5,	24,	66
19./V.	36,7,	30,	70.	37,0,	30,	74
20./V.	36,9,	24,	72.	37,4,	30,	74
21./V.	36,7,	24,	68.	36,8,	24,	72
22./V.	37,2,	24,	70.	37,0,	24,	72
23./V.	36,5,	30,	76.	36,7,	24,	72
24./V.	36,6,	24,	75.	37,7,	24,	72
25./V.	36,7,	26,	75.	37,0,	24,	72
26./V.	37,4,	26,	75.	37,5,	24,	72
27./V.	37,0,	26,	75.	37,3,	24,	72
28./V.	36,8,	26,	75.	37,5,	24,	72
29./V.	36,9,	26,	75.	37,2,	24,	72
30./V.	37,4,	26,	75.	37,5,	24,	72
31./V.	37,2,	—	—	—	—	—

Er stellte sich am 8./VI. im Ambulatorium der Klinik vor. Pat. sieht ziemlich wohl aus, mannigfaltige Klagen, die alle auf das Missbehagen hinauslaufen, dass Pat. nicht schlucken kann. In der Lunge keine Aenderung, kein Ausfluss von Mageninhalt. Pat. kommt schon am 13./VI. wieder, klagt über vollständige Impermeabilität des Oesophagus, der Drain ist ihm hinausgeschlüpft, in Folge dessen Mageninhalt ausgeflossen. Verband. Im Juli zeigt Pat. sich wiederum. Er erzählt, er sei krank gewesen, hätte mehrere Tage das Bett hüten müssen wegen starken Hustens, er sieht recht verfallen aus, klagt über Schmerzen in der Brust, die in den Rücken ausstrahlen. Auscultatorisch lässt sich ausser dem früher schon constatirten Bronchialatmen nichts finden. Im August zeigt Pat. sich wiederum, er sieht sehr kachectisch aus, klagt über stetiges Speien weisslichen Speichels. Zwischen den Skapulis lässt sich eine Dämpfung herauspercutiren, an einzelnen Stellen Rhonchi. Da Pat. am Vorabend den Drain behufs Reinigung entfernt, ihn jedoch nicht wieder reponiren gekonnt, hat er seine Fistel durch einen mit einem Leinwandlappen umwickelten Holzpflock verstopft. Ich habe Pat. zum letzten Male Ende October gesehen. Seit dem August hat Pat. nichts mehr per os schlucken können, seine in den Rücken ausstrahlenden Schmerzen haben an Heftigkeit bedeutend zugenommen. Sein Schlaf hat sehr gelitten. Die Kachexie ist deutlich ausgesprochen, der Puls noch recht gut, es werden ihm Narcotica verordnet.

Auf meine briefliche Anfrage Anfang Februar 1888 erhielt ich vom Sohne des Pat. die Nachricht von dem am 15. December 1887 erfolgten Tode des Patienten. Nähere Angaben über die letzte Lebenszeit fehlen.

XIV. (Fall 212.)

Monastyrski 22./XI. 1887. — Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Michail Serebrjakow, Courier, 47 Jahre alt, 13 Jahrlang verheirathet, von 11 Kindern, die er gehabt, leben 3. Pat. hat sich stets ausgezeichneter Gesundheit erfreut. Abusus spirituosorum sowie Lues werden abgestritten. Seit dem Februar 1887 fühlte Pat. ein Hinderniss beim

Schlucken, nachdem er schon längere Zeit ein Gefühl von Brennen in der Brust gehabt. Im Juni trat deutliches Steckenbleiben fester Speisen im Oesophagus auf, wonach häufig Erbrechen folgte, „er hätte nur Schleim und Speichel erbrochen“. Seit 4 Monaten hat Pat. feste Nahrung ganz gemieden. Brot in Milch oder Bouillon aufgeweicht, sowie flüssige Speisen bildeten nun seine Nahrung, wobei das Erbrechen wiederum seltener auftrat. Seit 3 Tagen geht absolut keine Flüssigkeit mehr durch den Oesophagus, so dass er seitdem garnichts genossen. Bei seinem Eintritt 21./XI. 87 in die Klinik wurde Folgendes gefunden: Der Kranke sehr elend, kachectisch, Gesichtsausdruck prägt Angst aus, die Augen tief in den Höhlen liegend, sichtbare Schleimhäute sehr blass und anaemisch. Panniculus adiposus geschwunden, Unterleib kahnförmig eingezogen. Intercostalräume tiefliegend. Haut trocken, runzlich, Musculatur mit Ausnahme der Arme schwach entwickelt. Körpergewicht 54,000 Grm. Die Untersuchung mit der Schlundsonde mittleren Kalibers ergiebt: Strictur 31 Ctm. von den Schneidezähnen. Auscultation und Percussion der Brust- und Unterleibsorgane ergiebt ausser Bronchialatmen hinten zu beiden Seiten der Wirbelsäule nichts Abnormes.

21./XI. Patient erhält 2 mal im Laufe des Abends Klysmen aus Peptonlösung (4%) à 90,0 mit Zusatz von 2 Eigelb und 1 Glas Xeres. Abendtemperatur 36,5. Puls ca. 70 schwach, Atmung 18, Abends ein Vollbad.

22./XI. Temperatur 36,6, Puls 68, Athmung 20. Um 10 Uhr Morgens wird von Prof. Monastyrski die Gastrostomie unter Chloroformnarkose ausgeführt. Schnittführung und Operationsverfahren wie oben beschrieben. Die Auffindung des Magens bietet keine Schwierigkeiten. Peritonealumsäumung mit Catgut, im Uebrigen Seidennähte. Eröffnung des Magens gleich. Fütterung (Milch, geschabtes Fleisch, Eier, Wein). Nach der Operation erwacht Pat. recht rasch. Temp. subnormal, Puls 65, Atmung 26, Wärmflaschen, ruhige Rückenlage. Pat. hat keine Schmerzen. Zum Abend, Temp. 36,6, Puls 70, Atmung 26, fühlt Pat sich wohler. Zunge feucht anzufühlen, keine Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, Pat. wird wiederum gefüttert.

23./XI. Pat. hat wenig geschlafen, keine Uebelkeit oder Erbrechen, klagt nur Morgens über Schmerz im Rücken vom Liegen. Temp. 35,6, Puls 64, Atmung 24. Die Zunge wiederum etwas trockner. Allgemeinzustand gut. Im Laufe des Tages 3 mal durch die Fistel gefüttert, und 3 mal Nährklysmen. Abends Temp. 36,7, Puls 68, Atmung 24, keine Schmerzen.

24./XI. Morg. Temp. 37,8, Puls 65. Atmung 20. Zustand zufriedenstellend. Dieselbe Fütterung.

25./XI. Morgens Temp. 37, Puls 79, Atmung ca. 20, Gestern Abend bei der Fütterung gingen die Flüssigkeiten nur schwer durch den Drain, daher Verbandwechsel. Die Wunde sieht gut aus, die Nähte, bis auf eine im unteren Wundwinkel, halten alle fest. Diese eine Naht hat durchgeschnitten, doch ist an ihrer Stelle Serosa des Magens und der Bauchwand fest verklebt. Kein Austritt von Mageninhalt, keine Reaction in der Umgebung der Stichkanäle. Dieselbe Fütterungsart. Abends Temp. 37,4, Puls und Atmung gut.

26./XI. Morgens Temp. 37,7, Puls und Atmung gut. Subjectives Befinden gut. Pat. bittet um Lageänderung, die jedoch nicht gestattet wird. Objectiver Zustand durchaus zufriedenstellend. Abends Temp. 38,3, Pat. hat einen Schüttelfrost. Schmerzen im linken Hypochondrium.

27./XI. Verbandwechsel, die Wunde ist rein, die Nähte haben nicht nachgelassen, leichte Rötung in der Umgebung einiger Stichkanäle. Percutorisch lässt sich in den Lungen nichts Besonderes nachweisen. Temp. 36,9, Puls und Atmung gut, gegen Abend leichte Empfindlichkeit des Bauches, Temp. 38,2, es wird Warmwasser-Klysma angeordnet, worauf ein reichlicher Stuhl erfolgt. Puls und Atmung in der Nacht gut (12 Uhr), Pat. schläft, soll nach dem Klysma sich freier gefühlt haben.

28./XI. Morgens 37,4, Abends 37,2 Schmerzempfindlichkeit des Bauches geschwunden, Pat. fühlt sich durchaus wohl, Puls und Atmung gut.

29.XI. Morgens 37. Pat. klagt über Schmerzen in der Brust. Bei der Auscultation rechts in linea axillaris in der Höhe der Mamma Lederreiben, auf dem Rücken beiderseits, besonders rechts, Bronchialatmen, am Stärksten zwischen den Spinae scapularum. Beim Husten eine Menge Rasselgeräusche, der Puls beschleunigt 104, Atmung 30. Pat. wird in halbsitzende Stellung gebracht. Abends Temp. 38,4, Puls 110, Pat. ist äusserst collabirt, beim Fütterungsversuch erweisst sich der Magen noch gefüllt. Die Nacht über schläft Pat. wenig, ist sehr aufgeregt, Puls 120, filiform. Der Schmerzen wegen werden Pat. Tinct. opii simpl. gtt/X durch die Fistel gegeben.

30./XI. Morgens 37, Puls 110, Atmung 22. Der Magen noch immer gefüllt. Der Collaps nimmt immer mehr zu, trotz tinct. moschi. Pat. so schwach, dass von dem 3maligen Füttern abgestanden u. Pat. nur noch einmal gegen Abend gefüttert wird.

1./XII. Gestern Abend hob sich der Puls ein wenig, Klagen über Schmerzen in der Brust, die Nacht über war Pat. sehr ruhig; am Morgen Puls sehr schwach, kaum fühlbar. 10 Uhr Morgens Coma, Puls nicht fühlbar. Um 12 beginnt Trachealrasseln und gegen 2 Uhr Mittags stirbt Pat.

3./XII. Section. Aeusserst abgemagerter Leichnam. Unterleib ein wenig aufgetrieben, stark ausgesprochene Totenflecken. Ein wenig unter dem linken Rippenbogen 6 Ctm. lange Schnittwunde durch die ganze Dicke der Bauchdecken. Zwischen den klaffenden Schnitträndern sieht man die Magenwand, in deren Mitte eine runde, bis Erbsengrosse, Oeffnung, die in die Magenhöhle führt, sich befindet. Aus dieser Oeffnung ergiesst sich Mageninhalt von gelblichbrauner Färbung in reichlicher Menge. Der Magen ist in die Schnittöffnung hineingenäht. Bei Führung des Schnittes von Incisura jugularis bis zur Symphyse wird die Umgebung der obenbeschriebenen Bauchwunde ca. 2 Fingerbreit von den Rändern umschnitten, so dass die Bauchhaut am Magen haftet. Die Darmschlingen gefüllt und aufgetrieben; die oberflächlich liegenden leicht injicirt ebenso an einzelnen Stellen das Peritoneum parietale. In der Bauchhöhle selbst gar kein Exsudat. Das Omentum an einzelnen Stellen mit dem Peritoneum leicht verklebt. Das Diaphragma reicht bis in den vierten Intercostalraum, links bis zum unteren Rande der fünften Rippe. Der Magen ist so stark ausgedehnt, (Diameter sagittalis 37 Ctm., Diameter verticalis 18 Ctm.) dass durch ihn die Bauchhöhle in 2 Hälften getheilt ist. Der Magen füllt fast die ganze linke Hälfte der Zwerchfellkuppe aus; bei Berührung des Magens, trat aus dem oberen Wundwinkel dicker gelber Eiter hervor, der aus einem properitoneal gelegenen apfelgrossen Abscess der vorderen Bauchwand stammte. Ferner wurden 2 inkapsulirte Höhlen gefunden, mit einander nicht communicirend; die eine rechts, die andere links unter der Zwerchfellkuppe liegend. Die rechte Höhle befindet sich zwischen Diaphragma und Leber, und ist nach innen durch das Ligament. suspensorium abgegrenzt, sie ist vollständig abgeschlossen, ungefähr kindskopfgross, gefüllt mit serös fibrinöser Flüssigkeit. Die Wände schwartig, besonders das Diaphragma mit Schwarten bedeckt. Die Leber dagegen weist auf ihrer Oberfläche nur dünne Schwarten auf, dieser Belag lässt sich von Peritoneum des Diaphragma, dass auch schon verändert ist, nur schwer abschaben. Die linke kleinere Höhle, liegt zwischen Diaphragma, Magen und Milz ist auch abgekapselt und gefüllt mit dickem weisslichem Eiter. Auch hier ist das Diaphragma stärker beteiligt, die Magenwand verhältnissmässig wenig. Herz; im Pericardium ein wenig blutigseröse Flüssigkeit. Die Herzhälften von geringen weissen und

gefärbten Gerinseln gefüllt, Klappenapparat normal, nur der Schliessungsrand der Bicuspidalis ein wenig verdickt. Musculatur sehr weich, zerreisslich schon bei Fingerdruck. Die Aorta gleich über der Klappe zeigt sclerotische Flecken. Trachea, Oesophagus, Aorta, die Lungen, Diaphragma, Leber und Magen, sowie die Nieren werden zusammen herausgenommen. Die linke Lunge an der Spitze, von der rechten Lunge der ganze obere Lappen verwachsen. Die Lungen in den oberen Partien lufthaltig, keine Knoten, auf dem Schnitt trocken, blass emphysematös. Die Unterlappen hyperämisch, wenig lufthaltig. Auf der Schnittfläche zeigen sich zweierlei Art Herde, die einen weisslich mit deutlichen Grenzen ähnlich den Krebsmetastasen, die andern leicht rötlich verfärbt, ihre Grenzen verwischt (bronchopneumonische Herde). Der Oesophagus wird von hinten geöffnet; ein wenig oberhalb der Bifurcationstelle der Trachea, beginnt ein 4 bis 5 Ctm. langes Geschwür, das ringförmig den Oesophagus umgibt. Das Lumen des Oesophagus hier mit breiartigem Zerfall gefüllt. Die Ränder des krebsartigen Geschwürs sind hart, knirschen unter der Scheere. Die Trachea und Bronchien werden von vorn geöffnet. Das Oesoghagusgeschwür berührt nur in seinem oberen Abschnitt die Trachea, deren Schleimhaut unverändert, keine Perforation. Die Leber, etwas icterisch verfärbt, deutlich ausgeprägte, fettige Degeneration. Milz klein, welk, Kapsel runzlich. Pulpa leicht zerreisslich. Nieren von normaler Grösse, Kapsel leicht trennbar, leicht fettig degenerirt. Der Magen deutlich dilatirt, enthält viel flüssige Nahrung, die Wände auffallend dünn, zerreisslich. Mucosa blass, Pylorus normal. Die Dünndärme im oberen Abschnitt gefüllt mit flüssigem Inhalt. Die tiefergelegenen Teile zusammengefallen. Im Dickdarm eine grosse Menge fester geformter Faeces. Drüsen des Mesenteriums nicht vergrössert.

XV. (Fall 214.)

G. Tiling 19./XII. 1887. — Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Heinrich Himmanen, Wachtmeister am finnisch-russischen Zollamt, 60 Jahr alt, verheirathet, Vater von 10 lebenden und gesunden Kindern, will stets gesund gewesen sein und sich durch seine Kraft ausgezeichnet haben. Vor 4 Jahren hat er an einer Lungenkrankheit gelitten, was für eine Krankheit es gewesen, weiss Pat. nicht anzugeben. Ueberhaupt ist Pat. sehr wortkarg und giebt nur ungern Auskunft auf Fragen. Ende Mai 1887 hat er zum ersten Male ein Schluckhinderniss verspürt, das so rasch zunahm, dass er schon nach Ablauf eines Monats sich nur von flüssiger Nahrung nährte. Zu gleicher Zeit schwanden Pat. die Kräfte, er magerte ab. Beim Herunterschlucken der Nahrung fühlt Pat. Schmerz hinter dem corpus sterni, der in den Rücken hin ausstrahlt. Zu diesem gesellte sich noch Regurgitation der geschluckten Massen, gleich oder kurze Zeit nach Aufnahme von Nahrung. Ein leichter Husten wäre in der letzten Zeit hinzugekommen. Zeitweise hätte er an Obstipation gelitten, die er jedoch stets durch Klystiere erfolgreich behandelte. Beim Befragen des Sohnes (von Pat.) ergiebt sich, dass Pat. schon recht lange, einige Jahre an Husten leidet, dass jedoch der Kräfteverfall und die Abmagerung erst seit Beginn des Sommers 1887 selbst den Anverwandten sichtbar wurde. Eine Verbrennung des Oesophagus oder abusus spirituosorum kann ausgeschlossen werden. Pat. trat am 17./XII. 1887 in's klinische Institut.

Status praesens: Pat. lang von Wuchs, sehr mager, kachectisch, die Gesichtshaut hat eine grauliche Färbung, Ausdruck leidend. Sichtbaren Schleimhäute sehr blass, Wangen und Augen eingefallen. Intercostalräume eingezogen, panniculus adiposus geschwunden, Haut ungeheuer trocken, schälfert ab; Knochengerüste und Musculatur mässig stark entwickelt. Leib

kahnförmig eingezogen. Die Schlundsonde bleibt bei ca. 33 Ctm. hinter den Schneidezähnen stecken. Percussion und Auscultation der Lungen; abgeschwächtes Atmen überall; rechts hinten in der Höhe des Angulus scapulae bronchiales Exspirium. An einzelnen Stellen Rhonchi. Emphysematöse Lungenränder. Herz normal. Töne ein wenig hohl, Puls 64, Atheromatose der Gefässe mässig ausgeprägt. Leberdämpfung sehr schmal. Es lässt sich nur eine schmale Dämpfungszone, beginnend von der 8. Rippe bis ein Fingerbreit unter dem Rippenbogen percutiren. Magen nicht vergrössert. Die Därme teilweise mit Scybalis gefüllt. Palpation der Baucheingeweide durch Rigidität der Bauchmusculatur sehr erschwert. 17./XII. Pat. kann wieder ein wenig Flüssiges schlucken, zwei Peptonklysmen mit Zusatz von Portwein. Pat. klagt über Frost. Temp. Abends 37,2, Puls 64.

17./XII. Morgens 36,8, Puls 70, Pat. trinkt ein wenig Milch. Drei Ernährungsklysmen. Vollbad. Abends 37, Puls 72.

19./XII. Morgens 36,9, Puls 76. Um 10 Uhr Morgens führt Dr. Tiling unter Chloroform den 1. Akt der Gastrostomie aus. Schnitt 5 Ctm. lang, Operationsverfahren typisch. N. B. Das Peritoneum lässt sich ganz leicht bis zum Niveau der Haut emporziehen. Der Magen wird anfangs mit 4 Matratzennähten fixirt, darauf typische Nahtanlegung. Verband. Nach dem Herübertragen ins Bett leichter Collaps, der nach mehreren Spritzen Tinct. mosch. schwindet. Pat. klagt nur über Druck des Verbandes. Im Laufe des Tages 2 Nährklysmen. Abends 37, Puls 80, Pat. ist recht zufrieden.

20./XII. Morgens 37,3, Puls 76. Zustand zufriedenstellend, leichte Uebelkeit. Die löffelweise per os gegebene Milch wird teilweise regurgitirt. Zunge feucht. Leib unempfindlich. 3 Nährklystiere. Abends 37, Puls 76.

21./XII. Morgens 36,9, Puls 78. Zustand zufriedenstellend. 2. Akt der Gastrostomie. Pat. wird gleich gefüttert. Ist sehr zufrieden über das Gefühl der Völle im Magen. 3 Nährklysmen. Abends 36,8, Puls 76. Fütterung.

22./XII. Morgens 37, Puls 76, Zunge ein wenig trocken. Allgemeinzustand sehr gut. Keine Schmerzen. Fütterung. Dreimal 3 Klysmen. Abends 37,5, Puls 78.

23./XII. Morgens 36,7, Puls 70. Da bisher kein Stuhl erfolgt, wird Ol. ricini bei der Fütterung in die Fistel gegeben. Zustand sehr gut. Es werden von jetzt ab die Nährklysmen weggelassen und Pat. täglich 3mal gefüttert. Nebenbei erhält Pat. per os 1—1½ Krug Milch im Laufe des Tages, Abends 37, Puls 76.

24./XII. Morgens 36,9, Puls 68. Im Laufe der Nacht zwei reichliche Stühle, Allgemeinzustand sehr gut. Es ist leichter Husten aufgetreten, liquor. ammonii anis. zu 8 Tropfen. Abends 37,5, Puls 74.

25./XII. Morgens 36,5, Puls 70. Abends 36,6, Puls 68. Pat. schläft gut. Allgemeinzustand befriedigend. Husten ziemlich quälend.

26./XII.	Morgens	36,5,	Abends	37,5	}	Der Husten hat bedeutend nachgelassen.
27./XII.	„	36,7	„	37		
28./XII.	„	36,5	„	37,5		

29./XII. Morgens 36,5. Verbandwechsel, Abnahme der Nähte. Die Wunde ganz reactionslos, hat sich schon ein wenig unter den Rippenbogen retrahirt.

30./XII.	Morgens	37,4,	Abends	37,5	}	Pat. wird gestattet aufzustehn, grosse Schwäche.
31./XII.	„	37,3	„	37		
1./I. 1888.	„	36,9	„	37,4		

2./I. Morgens 36,9, Abends 36,8
3./I. „ 37,2 „ 37,4
4./I. „ 37,2 „ 37
5./I. „ 36,8 „ 37,1
} Pat. geht täglich auf und nieder, Schwäche noch immer sehr gross.

6./I. Morgens 36,5, Abends 37. Der Husten ist nicht schlimmer geworden, Pat. scheint jetzt deutlich kräftiger. Schlaf hat sich recht gut eingestellt.

7./I. Morgens 37,3, Abends 37.

8./I. „ 36,9 „ 37,2. Verbandwechsel. Die Wunde sieht sehr gut aus, kein Austritt von Mageninhalt, keine Complicationen.

9./I. Morgens 36,9. Pat. wird auf seine Bitte nach Hause entlassen.

Am 19./IV., also gerade 4 Monate nach der Operation, stellt Pat. sich in der Ambulanz wieder vor. Er ist sichtlich kräftiger geworden. Die Strictur fast die ganze Zeit über impermeabel gewesen, so dass Ernährung nur per fistulam, zuweilen hat er Wein schluckweise getrunken. Lungenprocess nicht weitergeschritten. Fistel schliesst vollkommen. Einstellung eines eben so grossen Drains, wie früher.

Wie mir Dr. Aue die Freundlichkeit hatte mitzutheilen, ist Pat. in der vorigen Woche nochmals ins Ambulatorium gekommen. Da die Fistel sich ein wenig dilatirt, ist der Darin ganz entfernt worden und soll nur zur Zeit der Fütterung eingeführt werden. Pat. soll über erschwertes Atmen geklagt haben. Objectiv keine constatirbare Veränderung.

XVI. (Fall 217.)

N. D. Monastyrski. 27./I. 88. Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Natalie Jermilowa, Kleinbürgerin, 55 Jahre alt, trat am 23./I. ins Klin. Institut mit Klagen über erschwertes Schlingen. Dasselbe soll sich vor 2 Monaten eingestellt haben beim Schlucken fester Speisen. Seitdem stieg die Beschwerde stetig und hat Pat. in letzter Zeit nur flüssige Nahrung zu sich nehmen können.

Status praesens: Aeusserste Abmagerung, Kräfte noch mässig, das Gesicht fahl, bleich. Feste Speise geht nicht mehr durch, flüssige passirt noch. Die eingeführte Oesophagussonde trifft im mittleren Theile auf ein Hinderniss. Untersuchung der Lungen und sonstigen Organe ergiebt nichts Besonderes.

Pat. erhält bis zur Operation Nährklysmen, Milch per. os.

Temperatur 24./I. Abends 37,6. 25./I. Morgens 36,2 Abends 36,5. 26./I. Morgens 37,4 Abends 37,5. 27./I. Morgens 36,9.

27./I. Operation in Chloroformnarkose nach stets bei uns befolgter Methode, ausgeführt von Prof. Monastyrski. Der Magen fand sich völlig verdeckt vom linken Leberlappen, der ziemlich kräftig nach rechts gezogen werden musste; irgend welche Abnormität des Magens fiel während der Operation nicht auf.

Gleich nach der Operation und den ganzen Tag über Uebelkeit und Erbrechen. Medication. Tinct. opii gutt V. 2—3 mal täglich. Abends Temp. 37,3.

28./I. Morgens 37,1 Uebelkeit und Erbrechen dauert fort, der Leib schmerzhaft nicht aufgetrieben. Keine Retentio urinae. Abends 37,2.

29./I. Morgens Uebelkeit etwas geringer. Abdomen nicht aufgetrieben. Puls gut, voll. Abends 37,4.

30./I. Morgens 36,8. Puls hart, gespannt. Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Abdomen dauern fort. Zweiter Akt der Gastrostomie. Aus dem Magenschnitt entleert sich dunkelbraune Flüssigkeit in ansehnlicher Menge. Durch den sofort eingeführten Drain wird ca. 1 Tasse unserer Nährmischung eingegossen. Abends 37,6. Im Laufe des Tages 2—3 Male Tinct. opii gutt/V. Nach der Abendfütterung Erbrechen der eingegossenen Mischung.

31./I. Morgens 38. Puls unverändert. Erbrechen dauert fort. Zunge trocken, Abdomen bei Druck empfindlich. Ordination: Bepinselung der Zunge mit Citronensaft, Mundspülungen. Abends 37,2.

1./II. Morgens 38,4. Verbandwechsel. Aus dem Drainrohr entleert sich dunkelbraune Flüssigkeit mit Milchcoagulis. Abdomen etwas aufgetrieben, besonders in der unteren Hälfte. Druckempfindlich. Die Nähte halten gut, in der Umgebung derselben leichte Rötung. Abends 37,0.

2./II. Morgens 36,8. Bei den Fütterungen kein Erbrechen mehr. Keine Schmerzhaftigkeit des Abdomens. Allgemeinbefinden etwas besser. Abdomen weniger aufgetrieben. Puls bedeutend schwächer. Leichter Decubitus in der Sacralgegend. Abends 37.

3./II. Morgens 37. In beiden Lumbalgegenden bei Druck Schmerz. Uebelkeit und Erbrechen gering. Verbandwechsel. In der Umgebung der Wunde keine Veränderung. Abends 37,3.

4./II. Puls bedeutend schwächer. Morgens 37,0. Kräfteverfall. In der unteren Hälfte des Abdomen Schmerz. 12 Uhr Mittags Schüttelfrost, Collaps, von dem sich Pat. erst am Abend erholt hat. Abends 38,4.

5./II. Morgens 37,4 Schwäche nimmt stetig zu. Die Fütterung erzeugt so heftige Schmerzen, dass Pat. darum bittet nicht mehr gefüttert zu werden. Besonders heftig sind die Schmerzen nach Eingiessung von Wein (?). Abends 38.

6./II. Morgens 37,3 Die Schwäche nimmt zu. Schmerzhaftigkeit des Abdonem hat aufgehört. Abends 37,5.

7./II. Morgens 38. Zustand sehr schlecht. Puls fast filiform. Verbandwechsel. Es zeigt sich, dass die Nähte im oberen und unteren Wundwinkel durchgeschnitten haben, es haben sich in Folge dessen zwei Höhlungen gebildet, die mit dickem Eiter gefüllt sind. Vorsichtige Reinigung dieser Höhlungen und Tamponirung (locker) mit Jodoformmarly. Die obere Höhlung ist die grössere. Die Nähte an beiden Seiten halten fest. Aus dem Drain entleert sich in grosser Menge eine dunkelbraune Flüssigkeit. Der Decubitus auf dem Os sacrum von 2—2½ Ctm. im Durchmesser.

Patientin stirbt um 3 ½ Uhr Nachmittags.

S e c t i o n am 8./II. Körper sehr abgemagert. Aeussere Hautdecken leicht gelblich. Unter dem linken Rippenbogen ca. 1 Fingerbreit von ihm entfernt, eine operativ gesetzte Wunde bei ca. 6—7 Ctm. Länge und ca. 2—2½ Ctm. Breite; sie geht durch die ganze Dicke der Bauchwand. In die Wunde eingenäht Magenvorderfläche, im oberen und unteren Wundwinkel haben die Nähte durchgeschnitten und sieht man hier direkt in Taschen hinein. Diese Taschen liegen zwischen Bauchwand und Magen und sind gegen die Bauchhöhle zu vollkommen abgeschlossen. Im oberen Wundwinkel ist die Oeffnung ein ungleichseitiges Dreieck, dessen grösster Schenkel vom median gelegenen Bauchwundrande gebildet wird. Unter dieser Höhlung findet sich am lateralen Bauchwundrande noch eine zweite kleine Höhlung von ca. ½ Ctm. Durchmesser. Beide sind von einander durch eine ½ Ctm. breite Magenwandbrücke getrennt. Im unteren Wundwinkel haben ein paar Nähte auch durchgeschnitten und ist die in die Bauchhöhle führende Oeffnung ein fast gleichseitiges Dreieck. In der Umgebung der Stichkanäle (die nicht

durchgeschnitten) keinerlei Reaction. Der in der Magenfistel steckende Drain füllt dieselbe vollständig aus und wird von der Oeffnung ziemlich fest umgriffen. Eröffnung der Bauchhöhle: Die Därme leicht aufgetrieben, überall glänzend, nirgends verwachsen. Leber mit ihrem linken Lappen und speciell mit dessen vorderem Rande an die Bauchwand, dicht neben dem Bauchschnitt, verwachsen.

Brusthöhle: Linke Lungenspitze sehr fest, hintere Partien locker verwachsen. Linke Lungenspitze sehr derb, luftleer, keine Knoten; auf dem Durchschnitt hyperämisch, besonders in den unteren Partien. Randemphysem, Rechte Lunge dasselbe. Die derberen Partien der der Lungenspitze zeigen stark entwickelte Bindegewebszüge, keine Cavernen.

Im Herzbeutel wenig seröser, leicht getrübter Flüssigkeit. Herz klein, Muskulatur zerreisslich, von bräunlicher Farbe, Klappenapparat bis auf die Bicuspidalis, die an den Rändern etwas verdickt, normal. Im rechten Herzen weissliches Gerinnsel, Aorta sclerosirt, das Lumen der Coronaria ein wenig verengt.

Milz klein, zerreisslich, Kapsel runzelig.

Leber klein, auf dem rechten Lappen, die für Schnürleber charakteristischen Furchen. Auf dem Durchschnitte leichte Muskatnusleber.

Nieren. Kapsel leicht trennbar, Corticalis etwas schmal. Leichte Fettdegeneration. Der Magen wird mitsammt Oesophagus und einem Stücke des linken Leberlappens und der umschnittenen Partie der Bauchwunde herausgenommen. Beim Palpiren des Oesophagus findet sich in der Höhe des Ansatzes der 3. Rippe bis zur 6. Rippe eine Geschwulst. Beim Hineinsehen in den Oesophagus (von oben) sieht man das Lumen fast völlig von der Neubildung verlegt, nur nach vorne zu eine schmale Spalte freilassend. Der Oesophagus wird von der Vorderseite aufgeschnitten. Das Carcinom, 6 Ctm. lang, umgreift die ganze Circumferenz bis auf einen ca. $1/4$ Ctm. breiten Streifen, der auf der Vorderwand liegt. Die Wanddicke beträgt an der afficirten Stelle $1—1 1/2$ Ctm. Carcinom selbst weich, buchtig, exulcerirt, der obere wie untere freie Rand wallartig verdickt, besonders unten stark lappenförmig aufgetrieben, hängt in das Lumen des Oesophagus hinein. Oberhalb der Strictur keine Dilatation.

Magen leicht sanduhrförmig, vielleicht durch Druck des mit Bauchwand verwachsenen Leberlappens bedingt. Fistel im Fundus an der Vorderwand, der kl. Curvatur näher, $3/4$ Ctm. im Durchmesser. Magenschleimhaut blass, zeigt weissliche Inselchen von Stecknadelkopfgrösse. Die Umgebung der Fistel, an den Stellen, wo die Nähte gehalten, recht fest mit Bauchwand verwachsen.

Der mediane Wundrand liegt hart auf dem mit Bauchwand verwachsenen linken Leberlappen.

Die Därme sowie Genitalien bieten nichts Besonderes dar.

XVII. (Fall 218.)

Originalmitteilung des Autors vom 17./IV 88.

N. A. Weljaminow. 4./II. 1888.

A. R. Bäuerin, 35 Jahre alt, Dienstmädchen, trat am 27./II. 1888 ins Hospital der Kreuzerhöhungsschwesterschaft mit der Klage über bedeutende Schlingbeschwerde und heftige Schmerzen im Rücken. Pat. ist Wittwe, nie schwanger gewesen, hatte vor einigen Jahren scheinbar einen acuten Gelenkrheumatismus durchgemacht. Lues oder eine sonstige Erkrankung nicht gehabt.

Vor 3 Monaten bemerkte sie das Hinderniss beim Schlingen fester Speisen, es nahm beständig zu; es traten heftige Schmerzen unter beiden Schulterblättern auf. In allerletzter Zeit kann sie auch nur mit der grössten Anstrengung Flüssiges schlucken, wobei nach dem Schlingen ein Theil der Nahrung, Milch, wieder ausgeworfen wird. Bei der Untersuchung war Pat. sehr abgemagert und schwach, kann sich kaum auf den Füssen halten. Die mittelstarke Sonde zeigt undurchgängige Strictur in der Höhe der Cardia, in den Lungen ausser leichter Bronchitis nichts Besonderes; die übrigen Organe gesund. Auf dem Wege der Exclusion wurde die Diagnose: Strictura carcinomatosa oesophagi über der Cardia gestellt.

Vom 27./II. — 3./III. wurde die Strictur im Hospital immer bedeutender, endlich auch für Flüssigkeiten undurchgängig. Zeitweise passiren mit Anstrengung einige Tropfen Wasser. Die Schwäche ist so gross, dass Pat. nicht mehr aufsitzen kann, verstärkter Husten. Ernährung in letzter Zeit durch Klystiere.

4./III. In Chloroformnarkose Gastrostomie nach Fenger, Umnähung der Wunde mit Peritoneum durch 4—5 Nähte; den Magen hervorzuziehen war recht erschwert durch das sich in die Wunde drängende Colon transversum. Erst nachdem dasselbe nach unten geschoben war, liess sich der Magen vorziehen und einnähen. Die Operation währte inclusive Narkose und Verband etwa 1 Stunde. Abends Temp. 37 Puls 74.

5./III. Morgens Temp. 36,2 Puls 62. Abends 36,8 Puls 80. Die Temp. bleibt normal.

7./III. Mageneröffnung mittelst Scalpells. Einstellung eines Drains von 1 Ctm. Durchmesser. Ernährung mit Milch, Bouillon, Wein und Eiern. Nun folgt allmähliges, stetiges Weiterwerden der Fistel und Abänderung der Drainröhren bis zu 2 ¼ Ctm. Durchmesser, mit welchem Drain Patientin noch eben versehen ist. Neben den Drain dringt zuweilen etwas Flüssigkeit aus dem Magen, es bildet sich eine gute, wenn auch grosse Fistelöffnung. Kein Eczem.

28./III. Pat. schluckt wieder Flüssigkeit.

Vom 30./III. bis 12./IV. schluckt sie breiige Nahrung und ernährt sich teils per os teils per fistulam, ungeachtet aller Vorstellungen.

Von 12./IV. bis zum 17./IV. wieder völlige Undurchgängigkeit. Ernährung durch die Fistel genügt. Die Kräfte sind etwas gehoben, kein Husten, doch will Pat. das Bett nicht verlassen.

XVIII. (Fall 219.)

N. D. Monastyrski. 9./I. 88. — Krankenbogen des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Johann Sledsewski, Tischvorsteher der Hauptingenieurverwaltung, 54 Jahr, verheirathet, aus gesunder Familie, die Mutter starb im Alter von 72 Jahren. Ein Bruder und 2 Schwestern starben ziemlich jung, sollen aber gesund gewesen sein. Trat am 8./I. 88 in's klinische Institut. Früher stets gesund gewesen, galt er für äusserst kräftig. Lues oder abusus spirit. wird abgestritten. Am 19./VIII. 87 spürte Pat. ohne vorhergegangene Beschwerden plötzlich ein Hinderniss beim Schlucken fester Speise. Er sagte, es sei stets der dritte Bissen stecken geblieben. Seitdem hat er feste Speisen vermieden und sich ausschliesslich durch flüssige Nahrung ernährt. Anfang September trat eine 3 Tage währende, vollständige Undurchgängigkeit für jegliche Nahrung ein. Patient schreibt es der damals verordneten Arznei eines Arztes zu. Für Milch wurde dann die Speiseröhre durchgängig und blieb sie von da an seine ausschliessliche Nahrung. Vor 2 Wochen begann er zum zweiten Male eine interne Cur, worauf

vor einer Woche wieder vollständige Undurchgängigkeit eintrat, die bis zum Tage seiner Aufnahme, ganze 8 Tage währt.

Stat. praes. Von mittlerer Grösse, äusserst abgemagertes Subject. Panniculus adiposus geschwunden. Einziehung der Intercostalräume. Das Gesicht des Kranken hat eine leicht gelbliche Färbung, die Augen sind auffallend starr, die Pupille sehr verengt. Ausdruck von Angst. Haut auffallend trocken, pergamentartig. In Epigastrio starke Pulsation.

Die Percussion und Auscultation ergiebt: Herz von normaler Grösse und Lage, Herztöne schwach, doch rein. Atmungsgeräusch auffällig schwach, in beiden Spitzen unbestimmtes Atmen. Zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule in der Nähe der Crista scapulae links hinten Bronchialatmen, sonst überall Atmung schwach, doch rein. Percutorische Dämpfung beider Spitzen. In der Bauchhöhle nichts Abnormes. Magendilatation nicht vorhanden, Lebergrenzen in Rückenlage normal; in aufrechter Stellung tritt die Leber 3 querfingerbreit unter den Rippenbogen hervor. Die Palpation zeigt an einer Stelle in der Linea mammillaris und etwas nach Innen von ihr, Schmerzhaftigkeit des Leberrandes.

Die allerfeinste in den Oesophagus eingeführte Schlundsonde bleibt 35 Ctm. von den Schneidezähnen stecken. Puls filiform ca. 130 in der Minute.

8./I. Pat. erhält ein Peptonklysma mit Zusatz von 2 Eiern und 2 Unzen Portwein. Temp. Abends 36,9, um 12 Uhr Nachts ist der Puls voller (120) Pat. selbst fühlt sich auch kräftiger, erhält um 1 Uhr das 2 Klysma.

9./I. Temp. Morgens 37. Patient erhält ein Klysma, darauf ein warmes Vollbad. Um 1 Uhr Mittags führt Prof. Monastyrski unter Chloroformnarkose den ersten Akt der Gastrostomie aus. Ziemlich starke Blutung aus dem Weichteilschnitt, sonst nichts Besonderes.

Pat. wird in's Bett gebracht, klagt nur über Durst. Abends 36,5 leichte Schmerzen in der Umgebung der Operationsstelle, Puls ca. 120; 7½ Uhr Abends abermals Nährklystier.

10./I. Temp. Morgens 36,7. Pat. hat in der Nacht mit Unterbrechungen geschlafen, Puls klein, 120. Pat. fühlt sich verhältnissmässig wohl, keine Schmerzhaftigkeit des Bauches. Um 12 Uhr Mittags 2. Akt der Gastrostomie. Wunde rein, keine Reaction. Gute Verklebung. Pat. wird sofort gefüttert. Um 3 Uhr Mittags Puls sehr schwach, wieder 130; Atmung etwas beschleunigt. Pat. lässt 4 Unzen saturirten dunklen Harnes, völlig frei. Um 4 Uhr Fütterung per fistulam. Pat. klagt über Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, Atmung noch frequenter, gegen 50. Pat. erhielt im Laufe des Tages 3 Nährklysmen. Die Atmung wird immer schwerer, der Puls ungeachtet subcutaner Morphiuminjectionen immer rascher, Pat. klagt über Schmerz in der linken Seite, doch antwortet er noch bis 9 Uhr Abends ganz frei. Temp. Abends 36,5; um 10 Uhr Abends Verlust des Bewusstseins, Agonie. Um 11 Uhr Abends tod.

Section: Bei Eröffnung der Bauchhöhle, Därme und Peritoneum überall glänzend, nirgends Peritonitis. Die linke Lunge mit Diaphragma und hinten verwachsen, die rechte nur hinten. Der Herzbeutel sehr fettreich. Das Herz enthält viele rötliche Gerinnsel, das Endocardium beider Hälften gelblich verfärbt. Klappen normal, bis auf geringe Verdickung des Schliessungsrandes der Bicuspidalis, Herzmuskel von braunroter Färbung. In linker Lunge wenig Luft, die Spitze von Knoten durchsetzt, einer derselben von Nussgrösse zeigt auf dem Durchschnitte stark pigmentirtes Gewebe, central Zerfall; die übrigen Knoten von Hirsekorngrösse. Im Mittellappen der rechten Lunge Randemphysen, im unteren Lappen Hypostase, in der Lungenspitze Knoten, von denen einer käsig zerfallen.

Leber klein, besonders der linke Lappen. Auf dem Durchschnitte deutliches Bild von Fettdegeneration; Milz klein, Kapsel runzelig, ziemlich fest.

Linke Niere zeigt deutliche Lappenbildung, normal gross, fest, blutreich. Kapsel leicht trennbar. Corticalis ein wenig schmal; auf der Oberfläche eine kleine Cyste, rechte Niere bietet dasselbe Bild.

Im Oesophagus, 12 ½ Ctm. über der Cardia, befindet sich ein weiches Carcinom, das halbringförmig nur die Vorderwand des Oesophagus freilässt. Die Strictur ist 3 Ctm. lang, auf dem Durchschnitt 1—1 ½ Ctm. dick. Ueber derselben findet sich eine deutliche Dilatation; das Carcinom selbst hat annähernd Trichterform. An der oberen Grenze etwas links von der Mittellinie sitzt an einem ca. 3—4 Mm. langen 2 Mm. breiten Stiel ein 1½ Ctm. langer, ca. 1 Ctm. breiter, fast kegelförmiger Polyp, der frei an seinem Stiele flottirt. Sieht man von oben in den Oesophagus hinein, so verlegt der Polyp ventilartig den Eingang der Strictur. Dadurch lässt sich wohl auch die zweimal aufgetretene absolute Undurchgängigkeit während mehrerer Tage erklären.

Literatur.

Adelmann, G. Lehre zur chirurgischen Pathologie und Therapie der Ernährungsorgane. Prager Vierteljahrschrift 1863. Bd. 78, p. 47 und 1876. Bd. 131, p. 78 u. 80.

Albert. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre 1884.

Alsberg. Beiträge zur Chirurgie. Langenbecks Archiv XXVIII, p. 727. 1883.

Anders. Gastrostomie wegen carcinomatöser Oesophagusstenose. Separatabdruck aus der St. Peterburger. Medicin. Wochenschrift 1882.

Bassow. Bulletins de la Société Impériale des Naturalistes de Moscou tome XVI année 1843. Nr. 1, pag. 315 u. ff.

Бассовъ. „Замѣчанія объ искуственномъ пути въ желудокъ животныхъ.“ Записки по части врачебныхъ наукъ, издаваемыя при Имп. СПБ. Медико. Хир. Академіи 1843, томъ II.

Богаевскій, А. Т. „Случай гастростоміи при раковымъ съуженіи пищевода. „Хирургическій Вѣстникъ. Іюнь, Августъ и Сентябрь 1885.

Bogge, Herrmann. „Ueber Stricturen des Oesophagus.“ Berlin, Dissert. 1880.

Cohen, Marcel. De la gastrostomie dans les retrécissements non cancérreux de l'oesophage. Thèse de Paris 1885.

Czerny. Beiträge zur operativen Chirurgie Stuttgart. 1878.

Діанинъ, В. П. „Удачный случай наложенія желудочнаго свища при раковомъ съуженіи пищевода. Труды общества русскихъ врачей 1882/83, pag. 205 и 11.

Eichhorst. Lehrbuch d. spec. Pathologie und Therapie.

Emminghaus, H. Einiges über Diagnostik u. Therapie mit der Schlundsonde. Deutsches Archiv für klinische Medicin von Zenker und Ziemssen. 1873. II, pag. 304.

Emminghaus, H. Von dem Einfluss der Respirationsbewegungen auf die Luft in der Schlundsonde beim Liegen in Oesophagus und Magen. Nach Experimenten an Thieren. Deutsches Archiv für klin. Med. von Zenker und Ziemssen 1874, pag. 446 u. ff.

Falkson, R. Siehe H. Liévin.

Fenger. Ueber Anlegung einer künstlichen Magenöffnung am Menschen durch Gastrostomie. Virchows Archiv 1854, pag. 350.

Фидлеръ. Къ ученію объ операціяхъ на желудкѣ. СПБ. Диссер. 1883.

Fischer, Georg. Die Oesophagotomie bei Fremdkörpern. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXV 1887, pag. 565.

Freudenhammer. Carcinoma oesophagi. Dissert. Berlin. 1873.

Frey. Etude sur les rétrécissements cicatriels de l'oesophage et leur traitement. Thèse de Paris 1883.

Gandais. Des rétrécissements cicatriels et cancéreux de l'oesophage. Thèse de Paris 1883.

Genty. Des symptomes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'oesophage. Thèse de Paris 1883.

Gosebruch, Herrmann. Ueber Carcinom des Oesophagus. Dissert. Berlin 1883.

Gross, Samuel. W. Gastrostomy, Oesophagotomy, internal Oesophagotomy, combined Oesophagotomy and Retrograde Divulsion in the treatment of stricture of the Oesophagus. The americain Journal of the medic. sciences 1884, pag. 58.

Günther. Lehre von den blutigen Operationen 1860. IV. 2. Abtheilung, pag. 26.

Hacker, von. Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik von 1880 bis März 1885. Wien 1886.

Hacker, von. „Ueber die Verwendung des Musc. rectus abdominis zum Verschluss der künstlichen Magenfistel.“ Wiener medic. Wochenschrift 1886. Nr. 31 u. 32, p. 1073—77 und 1110—1114.

Hamburger. Klinik der Oesophaguskrankheiten mit diagnostischer Verwerthung der Auskultation dieses Organs. Erlangen 1871.

Heinecke. Compendium der chirurgischen Operations- und Verbandslehre. Erlangen 1884.

Германъ, Ф. Ф. Историческій очеркъ Обуховской больницы за сто лѣтъ СПБ.

Holmes, T. A system of surgery 1870.

Kaiser, F. Beiträge zu den Operationen am Magen. Siehe Czerny. III.

Кни, А. Д. Клиническія наблюденія изъ хирургической лечебницы доктора Кни въ Москвѣ. I. Гастростомія при ракѣ пищевода. СПБ. 1886.

Koehler. Die Krebs- und Scheinkrebskrankheiten des Menschen. 1853.

König. Lehrbuch der Chirurgie. Bd. II.

Koerner, O. Ueber Dysphagie bei Erkrankungen von Bronchialdrüsen nebst Bemerkungen über eine mechanische Ursache des Speiseröhrenkrebses. Archiv für klinische Medicin. Bd. 37, pag. 281 u. ff.

Коломнинъ, С. П. Положеніе желудка въ двухъ случаяхъ гастростоміи. Труды общ. русск. врачей 1881/82, pag. 147.

Коломнинъ, С. П. О леченіи рака пищевода. Труды общ. русск. врачей 1882/83, pag. 215.

Крузенштернъ. Изслѣдованія о ракѣ пищевода. Дисс. СПБ. 1885.

Курбатовъ. Объ искуственномъ пути въ желудокъ (Gastrostomie). Диссерт. Москва 1879.

Куцевичъ-Артемовскій, Л. И. Хирургическая факультетская клиника Имп. Университета Св. Владиміра съ 1 Ноября 1844 по Май 1882 года подъ дирекцей заслуженнаго ординарнаго Проф. В. А. Караваева. Кіевъ. 1885.

Lacour. Etude sur le cancer de l'oesophage. Thèse de Paris 1881.

Lagrange, F. De la gastrostomie dans les rétrécissements cancereux de l'oesophage. Revue de chirurgie 1885. Nr. 7.

Landois. Lehrbuch der Physiologie. 1880.

Larger. Sur le lieu d'élection de la fistule dans la gastrostomie. Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris 1883, pag. 776.

Lauenstein, Carl. Zur Casuistik des Magens. Langenbecks Archiv XXVIII, Heft II. 1882.

Lemaitre. Complications pleuro pulmonaires du cancer de l'oesophage. Thèse de Paris 1880.

Лесгафтъ, П. Ф. „О положеніи желудка.“ Труды общества русскихъ врачей 1880/81, p. 577.

„ „ „ Положеніе желудка въ одномъ случаѣ гастростоміи. Труды общества русскихъ врачей 1881/82, pag. 147.

Leyden und Renvers. Ueber Behandlung carcinomatöser Oesophagusstrictur. Deutsche medicinische Wochenschrift 1887. Nr. 50.

Liévin und Falkson. Die chirurgische Universitätsklinik (Prof. Schönborn) zu Königsberg) in Pr. in den Jahren 1878 u. 79. Zeitschrift für Chirurgie von Hueter und Lücke. Bd. 13, pag. 404 u. ff.

Löbker. Operationslehre 1885.

Lütkemüller, Joh. Ueber Gastrostomie. Inaug. Diss. Berlin 1886.

Marchand, G. Contributions à l'ètude des néoplasies de l'oesophage et en particulier des accès de suffocation et de la pseudo-angine de poitrine. Thèse de Paris 1880.

Marchand, G. Note sur un cas de gastrostomie. Bulletins de la Société de Chir. de Paris 1885, pag. 615—622.

Морозовъ. Анатомія пищевода и къ ученію о раковомъ съуженіи этого органа и его леченія катетеризаціей, электролизомъ и гастростоміей. Дисс. СПВ. 1887.

Монастырскій, Н. Д. О современномъ леченіи ранъ. СПБ. 1886.

Morell Mackenzie. Die Kranheiten des Halses und der Nase. 1884. Bd. II.

Nekkach. Quelques mots sur les rétrécissements de l'oesophage et du cathétirisme de cet organe par la sonde de Collin. Thèse de Paris 1880.

Nélaton. Elements de pathologie chirurgicale 1844. 59, tome III et V.

Nussbaum, J. N. Ueber Enterotomie, Gastrostomie und Leberdrainage. München 1880.

Павловъ, Е. В. Отчетъ по хирургической дѣятельности въ Александровской и Свято-Троицкой Общинахъ въ СПгѣ. Хирургич. Вѣстникъ 1885, pag. 621.

Petit, Henri. Traité de la gastrostomie. Paris 1879.

Petri, Justus. Ueber 44 Fälle von Krebs der Speiseröhre. Diss. Berlin 1868.

Porchaire. Tuberculose consécutive aux rétrécissements cancéreux de l'oesophage. Thèse de Paris 1883.

Reher, H. Beiträge zur Casuistik der Oesophaguserkrankungen. Archiv für klinische Medicin Bd. 36, pag. 454 und ff.

Renvers siehe Leyden.

Rupprecht. Beitrag zur Casuistik der Magenoperationen. Langenbeck's Archiv XXIX Heft 5, pag. 177.

Schönborn. Ueber Gastrotomie. Langenbeck's Archiv XXII. 1878, pag. 500.

Sédillot, Ch. Traité de médecine opératoire, bandages et appareils 1853 et 1855.

Зеленковъ. Бугорковое разрушеніе пищевода. Гастростомія Врачъ. 1884 № 48.

Simon, Caesar. Ueber die carcinomatöse Stenose des Oesophagus. Inaug.-Diss. Berlin 1868.

Schuh. Erkenntniss der Pseudoplasmen. 1851.
Pathologie und Therapie der Pseudoplasmen. 1854.

Vitringa. Over Gastrostomien. Dissert. Groeningen 1884.

Weljaminow, H. A. Шесть случаевъ гастростоміи при раковомъ съуженіи пищевода. Separatabdruck des Хирург. Вѣстникъ. 1885.

Wimpffen, Jos. De la gastrostomie et de ses indications. Thèse de Strassbourg. 1850. Collection genérale des dissertations de la faculté de Médécine de Strassbourg 2. Série XIII (1850).

Wölfler, Anton. Die Magenbauchwandfistel und ihre operative Heilung nach Prof. Billroth's-Methode. Archiv für klinische Chirurgie XX. № 1.

Zesas. Langenbeck's Archiv XXXII, Heft. I.

Ausserdem verweise ich noch auf im Text angegebenen Quellen.

Thesen.

I. Die Sondenbehandlung einer carcinomatösen Oesophagusstrictur ist ein Kunstfehler.

II. Bei jeglicher Arthrectomie ist stets das Verfahren von Tiling zu versuchen.

III. Procentische Verhältnisse kleineren Materials sind völlig werthlos und geben nur zu Trugschlüssen Anlass.

IV. Die minutiöseste Reinlichkeit muss die Antiseptica verdrängen.

V. Liquor ferri sesquichlorati darf niemals extern angewandt, und müsste aus der Reihe blutstillender Mittel gestrichen werden.

VI. Die Gastrostomie bei carcinöser Oesophagusstrictur zu unterlassen ist ebenso fehlerhaft, wie die Unterlassung der Herniotomie bei eingeklemmter Hernie.

VII. Periodische polizeilich-ärztlich geleitete Desinfectionen der Arbeiterwohnungen sind äusserst wünschenswerth.

VIII. Bei Behandlung frischer Urethritis gonorrhoica ist stets sol. sublimati (1 : 12000) zuerst anzuwenden.

IX. Dass die, durch Experimente erzielten Magenbewegungen den unter normalen Verhältnissen stattfindenden entsprechen, ist zu bezweifeln.
